

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N^o 651

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Marguerite THOUËNON

Née le 9 mai 1914, à Versailles (S.-et-O.).

Les Pseudogliomes de la Rétine

Président : M. TERRIEN, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, EDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1939

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Marguerite THOUËNON

Née le 9 mai 1914, à Versailles (S.-et-O.).

Les Pseudogliomes de la Rétine

Président : M. TERRIEN, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, EDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—
1939

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIERE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	POLONOVSKI
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert LEBRÉ.
Pathologie et thérapeutique générales	BRUMPT.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	ABRAMI.
Anatomie pathologique	MONDOR.
Histologie	LEROUX.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	HARVIER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée	LAIGNEL-LAVASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGER.
Clinique médicale	CHIRAY.
	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
	LEREBOULLET.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNEO.
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
BARIÉTY Pathologie médicale.	COSTE Pathologie médicale.
BENARD (Henri) Pathologie médicale.	DOGNON Physique.
BERNARD (Etienne) Pathologie médicale.	FEY Urologie.
BEZANÇON	FUNCK Pathologie chirurgicale.
(Justin) Hydrologie.	GALLIARD Parasitologie.
BOULIN Pathologie médicale.	GASTINEL Bactériologie.
BULLIARD Histologie.	DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
CATHALA Pathologie médicale.	

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES .. Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN ... Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL.. Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LEVY .. Pharmacologie.

MM.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE.. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

MM.
 LARDENNOIS . Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER ... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ ... Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.
 ALAJOUANINE.
 AUBERTIN.
 BRULÉ.
 CHABROL.
 DONZELOT.
 DUVOIR.
 LIAN.
 PASTEUR-VAL-
 LERY-RADOT.
 SÉZARY.

Clinique médicale.

MM.
 BASSET.
 BROQUÉ.
 CADENAT.
 GATELLIER.
 MOURE.
 QUÉNU.
 VELTER.

Clinique chirurgicale

MM.
 ECALLE.
 METZGER.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 RUPPE Stomatologie.
 WEIL-HALLÉ Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON FIANCÉ

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIEN

Ophtalmologiste des Hôpitaux.

Professeur de Clinique Ophtalmologique à la Faculté
de Médecine de Paris.

Officier de la Légion d'Honneur.

Qui m'a fait l'honneur de bien vouloir présider cette thèse.

Dont j'ai eu le bonheur de suivre le haut enseignement pendant mon séjour à l'Hôtel-Dieu.

Avec l'expression de mon profond respect.

A MONSIEUR LES DOCTEURS DOLLFUS et HUDELO

Ophtalmologistes des Hôpitaux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PIERRE HALBRON

*Dont l'aide et les conseils m'ont été si
précieux dans l'élaboration de ce travail.
En témoignage de ma vive gratitude.*

A MADAME LE DOCTEUR BRAUN-VALLON

A MONSIEUR LE DOCTEUR BLUM

A MONSIEUR LE PROFESSEUR OLIVIER

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

INTRODUCTION

Nous avons pu observer à la consultation d'Ophthalmologie de notre Maître, Monsieur le Professeur TERRIEN, une fillette présentant dans l'œil gauche un reflet jaunâtre pour lequel on porta le diagnostic de gliome.

L'énucléation fut pratiquée et ne montra pas la tumeur que l'on attendait. Il s'agissait d'une pseudotumeur intra-oculaire.

C'est de cette observation que nous sommes partie pour étudier dans notre thèse les pseudogliomes de l'œil.

GENERALITES

L'affection que l'on dénomme ordinairement gliome de la rétine est une tumeur surtout fréquente dans le jeune âge. Son début est généralement insidieux, aussi passe-t-il souvent inaperçu. C'est parce que les parents ont remarqué le symptôme auquel on a donné une grande importance et que l'on désigne sous le nom « *d'œil de chat amaurotique de Beer* » qu'ils amènent l'enfant. Ce reflet et l'hypertension oculaire, symptôme à toujours chercher, sont les deux gros signes cliniques sur lesquels on se base pour faire le diagnostic du gliome.

Il arrive assez souvent qu'à l'examen clinique on trouve réunis non seulement les signes majeurs du gliome, mais encore nombre de signes accessoires, on énuclée et à l'examen anatomique on ne trouve pas trace de tumeur.

C'est à ces cas que l'on donne le nom de pseudo-gliomes.

Comme le dit avec juste raison J. JACOBY :

« *le terme de pseudogliome n'est qu'un terme négatif. Pseudogliome signifie qu'une maladie est semblable à un gliome, mais que ce n'en est pas un.* »

Or le diagnostic exact est très délicat à faire dans beaucoup de cas par l'examen clinique; il se fait le plus souvent :

soit par l'évolution,

soit par l'examen anatomique après énucléation.

HISTORIQUE

Le gliome est une affection connue depuis relativement peu de temps.

En effet, c'est WARDROP qui le premier en 1809 isola le gliome des autres affections du globe oculaire. Il releva 17 cas de « *fungus hématodes oculi* » dont il donna une description clinique et anatomo-pathologique. Il montra l'origine rétinienne de cette tumeur et l'envahissement possible du nerf optique.

L'expression maintenant si employée pour caractériser le reflet pupillaire : « *œil de chat amaurotique* » revient à BEER (1817) ; mais il donna ce nom à un ensemble d'affections de nature amaurotique : les cataractes noires par exemple.

C'est POKELS qui en 1824 réserva cette expression au gliome.

La connaissance des pseudogliomes remonte au développement de l'anatomie pathologique qui montra dans certains yeux énucléés pour gliomes des lésions toutes différentes.

Dès cette époque, différents ophtalmologistes, entre autres : MACKENZIE, LINCHE, LAWRENCE, TREACHER COLLINS..., firent des études sur les diverses lésions exsudatives inflammatoires pouvant simuler le gliome

et qui donnent le reflet caractéristique de cette affection.

C'est WINTERSTEINER qui, le premier, employa le terme de « *pseudogliome* » pour désigner ces différentes maladies simulant le gliome.

En 1851, à la suite de la découverte de l'ophtalmoscope, on crut, (comme le prouve cette phrase du Dictionnaire Encyclopédique : « *le diagnostic du gliome heureusement n'offre plus de difficulté* »), le problème diagnostic des lésions du fond d'œil résolu. Mais, on ne tarda pas à se rendre compte que malheureusement il n'en était rien et, dès 1855, de GRAEFE montre les difficultés de ce diagnostic.

Depuis lors, un grand nombre d'ophtalmologistes s'intéressèrent à cette question et publièrent les cas de pseudogliomes qu'ils observèrent.

FREQUENCE

Le diagnostic du pseudogliome se faisant, comme on l'a déjà dit, dans la majeure partie des cas à l'examen anatomo-pathologique, après énucléation, il est donc naturel que le nombre se soit accru depuis le perfectionnement de la technique histologique employée pour l'étude du tissu gliomateux.

VESTCH a trouvé, sur 24 yeux énucléés pour gliomes, 2 pseudogliomes.

TREACHER COLLINS a relevé, de juillet 1888 à juillet 1892, sur 1020 yeux extraits à Moorfields-Hospital : 24 énucléés pour gliomes; or, parmi ces derniers, 7 ont présenté à l'examen des altérations toutes différentes.

ISLER, dans sa thèse, rapporte 15 observations de gliomes : 2 fois l'examen montra une autre affection

Sur 20 bulbes énucléés pour gliomes, RAAB en a trouvé 5 où il n'y avait aucune tumeur intraoculaire, mais seulement des altérations inflammatoires.

GREEF, dans les collections de BERLIN, a examiné les préparations rangées sous le nom de gliome, il en a trouvé un grand nombre qui histologiquement n'en étaient pas.

PONCET, sur 6 bulbes énucléés pour gliomes, a trouvé à l'examen microscopique 1 iridochorôidite.

MAWAS rapporte dans le bulletin de la Société Française d'Ophtalmologie de 1924 que : « *sur 53 cas de tumeurs rétiniennes observées soit à la Fondation ophtalmologique de Rothschild, soit aux Quinze-Vingts, soit dans le service du Dr Poulard aux Enfants-Malades et diagnostiquées gliomes, j'ai trouvé 8 cas de chorioretinites hémorragiques. Sur ces 45 cas qui restent, je n'ai pu faire le diagnostic différentiel que dans 28 cas seulement, les autres étant insuffisamment fixés.* »

GABRIELIDÈS a étudié dans les ouvrages de sa bibliothèque privée toutes les observations concernant les rétinomes publiées de 1868 à 1929, il a trouvé 230 cas et a noté 70 fois des erreurs de diagnostic :

— 50 fois, la clinique disait gliomes et l'examen histologique démontrait pseudogliomes;

— 20 fois, le microscope décelait un gliome là où la clinique disait pseudogliome.

Pendant ces onze dernières années (janvier 1928 à janvier 1939) dans le service de Monsieur le Professeur TERRIEN, sur 300.000 consultants environ, on a énucléé 20 yeux pour gliomes. Il y avait 4 pseudogliomes.

SYMPTOMATOLOGIE

Les symptômes du pseudogliome sont aussi nombreux que peu caractéristiques.

Les difficultés sont souvent grandes pour faire le diagnostic différentiel entre un gliome et un pseudogliome, toutefois, étant donné que c'est pour l'enfant non une question de vision ou de cécité, mais de vie et de mort, s'est-on efforcé de trouver des indications permettant d'éviter la confusion.

EXAMEN OCULAIRE

Reflét pupillaire.

Dans tous les cas de pseudogliome, on trouve un reflet clair causé par une masse située plus ou moins loin derrière le cristallin, mais qui n'est pas un gliome typique. C'est le plus souvent la rétine, dégénérée ou non.

Le reflet de l'œil de chat amaurotique, au début, ne se voit qu'à la demi-obscurité. D'autre part, il varie avec l'éclairage et la position de l'observateur par rapport au malade, aussi devra-t-on procéder à un examen très minutieux et très complet, après dila-

tation pupillaire éventuelle, afin de tirer de cet examen le maximum de renseignements.

On pourra tout d'abord, comme le propose POU-LARD dans son Traité, faire un examen direct à la lumière du jour sans instrument; on a ainsi une idée plus exacte de la coloration véritable de la tumeur.

On pratiquera ensuite un examen à l'éclairage oblique, qui renseigne sur l'état du segment antérieur. Il peut montrer les détails d'une masse rapprochée du cristallin.

La teinte de ce reflet est variable. Théoriquement elle est : jaune sale dans les chorioretinites; gris plus foncé en cas de persistance de l'épaississement de la partie postérieure de la gaine foétale, alors qu'elle est blanche ou rosée dans les tumeurs rétiniennes.

Il faut noter enfin l'étendue de la zone de coloration anormale qui renseigne sur l'extension des lésions.

Examen ophtalmoscopique.

Il convient d'étudier successivement la lueur pupillaire, puis par l'ophtalmoscopie à l'image renversée et à l'image droite de préciser les altérations du segment postérieur de l'œil.

Le procédé à l'image droite est plus précis, mais, dans bien des cas, étant donné le jeune âge du malade, on sera obligé de se contenter de l'image renversée.

Par ces méthodes on trouve, tout au moins au début, des milieux transparents.

On constate des images variables suivant l'étendue et l'ancienneté des lésions. L'aspect rétinien normal peut avoir complètement disparu, d'autres fois plus rares, on le trouve encore, mais dans une zone réduite.

Dans les cas de pseudogliomes infectieux, il peut y avoir un trouble dans le vitré. La masse a un contour lisse, régulier. On ne distingue plus à sa surface la vascularisation normale de la rétine. Sa couleur est jaunâtre.

Mais de grandes variations sont possibles. La surface peut être irrégulière, bosselée (observation de ROLLET et COLRAT). A sa surface on peut trouver de fins dépôts comme dans un cas de choroïdite (SCHIECK).

La néoformation peut également refouler les vaisseaux rétiniens sans les englober.

De même que sa forme, sa couleur varie. Ainsi dans l'observation de F. LAGRANGE, elle est blanchâtre. Parfois, elle est jaune citron avec des reflets rougeâtres (JACQUEAU et LEMOINE : tuberculose choroïdienne) ou même rose ardoisée (observation personnelle).

A côté de cette prolifération on peut trouver des « décollements » de la rétine localisés ou généralisés. Ce peut être un décollement véritable, flottant, mais sans déchirure, ou bien ce n'est qu'une apparence, la saillie rétinienne étant fixe. Enfin il existe des cas de rétinite proliférante localisée donnant une véritable pseudotumeur.

Tension oculaire.

Elle est souvent difficile à prendre instrumentalement, par suite du jeune âge du sujet. Dans certains cas est-on même obligé de recourir à l'anesthésie générale : on donne à l'enfant quelques bouffées de chloroforme afin de pouvoir se servir du tonomètre de Schiotz (JEANDELIZE). Le plus souvent on doit se contenter du palper bidigital pour apprécier l'hypertonie.

C'est un signe de grande importance sur lequel beaucoup d'auteurs se sont appuyés pour diagnostiquer un gliome d'un pseudogliome.

Pour VASSAUX : « *un décollement de la rétine avec tonus exagéré est caractéristique d'un néoplasme.* »

F. LAGRANGE déclare : « *dans le cas de gliome l'œil est glaucomateux ou a tendance à devenir glaucomateux. Dans le cas d'un pseudogliome l'œil est hypotonique ou a tendance à la phtisie.* »

Malheureusement, l'hypertension ne joue pas le rôle décisif que l'on pensait.

D'une part, il existe des gliomes avec peu ou pas d'hypertension. SAUVINEAU a décrit un cas de gliome où l'œil présentait un certain degré d'hypotonie. BARLETTA rapporte l'observation d'un enfant de 3 ans qui avait un gliome de l'œil droit assez développé occupant les $\frac{3}{4}$ du vitré et dont la tension oculaire était plus basse que la normale.

D'autre part, dans les pseudogliomes on rencontre parfois de l'hypertension et c'est une cause fréquente d'erreur de diagnostic. Il en est ainsi dans trois observations d'EVERSHEIM et un cas de REDSLOB et BILGER où on fit à tort le diagnostic de gliome à cause de l'élévation de la tension oculaire.

EVERSHEIM pense que dans ces cas l'augmentation de la tension peut être due :

« 1° soit à la prolifération de la rétine qui repousse le cristallin en avant;

2° soit au fait que les globules rouges ferment la circulation entre la chambre antérieure et la chambre postérieure;

3° soit au fait que l'exsudat, c'est-à-dire des leucocytes et des particules de fibrine, ferme la circulation entre chambre antérieure et chambre postérieure. »

Lampe à fente.

Comme le conseille notre Maître, M. le Professeur TERRIEN, il est souvent utile d'examiner ces malades à la lampe à fente. On peut ainsi facilement observer la surface de la prolifération intra-vitréenne pour peu que sa saillie la rapproche du cristallin. On en notera les modifications de coloration, de pigmentation, de vascularisation.

Eclairage de contact. — Diaphanoscopie.

Cet examen présente un grand intérêt lorsque l'on soupçonne un gliome.

On peut se servir de différents appareils à éclairage de contact en introduisant le cône dans les culs-de-sac latéro-bulbaires. On peut encore introduire une lampe à diaphanoscopie dans la bouche et sous un masque noir qui couvre la face et dégage les yeux, on appréciera par comparaison la lueur pupillaire des deux côtés. Enfin M. TERRIEN a montré que l'ophtalmoscope à image droite auquel on a enlevé la partie supérieure, peut rendre en pratique de grands services comme éclaireur de contact.

On peut juger ainsi de la transparence des tuniques du globe.

En principe, le néoplasme est opaque tandis que le décollement sans tumeur est transparent. Dans les pseudotumeurs du globe, il n'y a pas de modifications de la lueur pupillaire dans la plupart des cas.

Néanmoins, il y a des exceptions; ainsi, dans l'observation de GORSSE, CALMETTE et BERGÈS, on trouve en haut une zone obscure alors qu'il s'agissait d'une chorioretinite. Enfin dans une de nos observations, la transillumination était mauvaise dans la moitié nasale du globe, ce fut un argument important pour décider l'énucléation.

Symptômes visuels.

Ils sont souvent difficiles à préciser étant donné le jeune âge du sujet.

Le pseudogliome s'accompagne d'amblyopie pouvant aller jusqu'à la cécité complète. Ce n'est parfois qu'en essayant de faire suivre à l'œil de l'enfant les

déplacements de la main ou d'une source lumineuse que l'on pourra mettre en évidence ce déficit visuel.

De même, la recherche du champ visuel est très difficile et il ne faut pas compter sur ses résultats.

Symptômes accessoires.

Phénomènes inflammatoires.

Ils se traduisent le plus souvent par de la rougeur scléroticale avec ou sans injection périkeratique, par du larmolement, de la photobie, des douleurs.

Alors qu'ils sont exceptionnels dans les gliomes et qu'ils peuvent être, dans ces cas, considérés comme des phénomènes surajoutés, ils sont la règle dans les pseudogliomes.

On doit les rechercher non seulement lors de l'examen mais encore par l'interrogatoire; car : « *un œil enflammé qui reprend son aspect normal n'est pas gliomateux* » (J. JACOBY).

Tous les pseudogliomes, même d'origine infectieuse, ne présentent pas de phénomènes inflammatoires telles les observations de F. LAGRANGE (choriorétinite) et de GENET (panophtalmie).

Iris. Pupille. Chambre antérieure.

Dans la majeure partie des pseudogliomes la pupille est moyennement dilatée. M. le Professeur TERRIEN l'explique par le fait que l'œil ne voit pas : « *Toutes les fois que la rétine a perdu sa sensibilité, le réflexe lumineux est aboli, et la pupille est plus dilatée puisqu'il n'y a pas de contraction de la pupille* ».

Il y a souvent des symptômes d'uvéite inflammatoire : la pupille est altérée, irrégulière et présente des adhérences du bord pupillaire; on a pu trouver de la descemétite (JEANDELIZE).

Toutefois, dans certains cas, et il en est ainsi dans l'observation de chorioretinite de GORSSE, CALMETTE et BERGÈS, la pupille peut être large et régulière.

Ces faits n'ont rien de surprenant car il faut penser à la fréquence de l'étiologie infectieuse des pseudogliomes.

Mais certains gliomes se complètent aussi d'inflammation du tractus uvéal et la pupille est alors irrégulière.

Il faut signaler « l'aspect feuille morte » de l'iris dans un cas de pseudogliome d'origine tuberculeuse de AURAND et BUSSY.

En cas d'exsudat vitréen et circumlenticulaire, la chambre antérieure est étroite au centre et élargie à la périphérie.

Mais elle peut, comme dans le cas de tuberculose choroïdienne d'AURAND et BUSSY, être normale ou être complètement effacée comme dans les observations de JEANDELIZE (iridocyclite hémosporique) et de VASSAUX (hyalite).

Ponction.

En 1868, HIRSCHBERG pratiqua la première ponction exploratrice transclérale du globe.

En 1883, PANAS proposa l'emploi du trocart triangulaire de Duchenne qui permet de se rendre compte si l'on est dans un corps solide ou liquide.

BALLANTYNE ponctionne directement la masse en enfonçant une aiguille à travers la sclérotique et le vitré sous le contrôle direct de l'ophtalmoscope; il a employé cette méthode deux fois avec succès.

La ponction a été vantée par un grand nombre d'ophtalmologistes entre autres par PANAS, MEISNER, FEHR, SAUVINEAU, AUBINEAU, OPIN, REDSLOB et GABRIÉLIDÈS.

Mais elle n'a guère été utilisée pour faire le diagnostic différentiel entre le gliome et pseudogliome.

En 1909, M. ROCHON-DUVIGNEAUD propose de faire une ponction dans les cas douteux car, dit-il « *elle peut ramener des éléments cellulaires dont l'examen sera capital pour le diagnostic* ».

AUBINEAU et OPIN proposent dans les cas difficiles, avant l'intervention, une paracentèse de la chambre antérieure : « *l'examen sur lames de l'exsudat permettrait de constater à côté d'éléments dégénérés et mal colorables, les petites cellules à noyau fortement coloré caractéristiques du gliome. Dans l'iridocyclite traumatique, l'exsudat serait surtout constitué par des polynucléaires* ».

Mais la ponction n'est pas sans danger dans les tumeurs intra-oculaires où elle a été accusée de favoriser grandement le danger d'extension et d'essémination du néoplasme. Récemment encore elle a été condamnée à la société d'Ophtalmologie de Paris par MM. TERRIEN, BOURDIER et VEIL (avril 1939).

ANTECEDENTS

La recherche des antécédents présente un grand intérêt.

Par l'interrogatoire on cherche à retrouver :

1° des antécédents locaux : rougeur, photophobie, etc... Cette découverte rétrospective a une grosse importance et nous voulons approuver et insister à nouveau sur l'opinion de J. JACOBY « *un œil enflammé qui reprend son aspect normal n'est pas gliomateux* ».

2° des antécédents généraux : il faut relever avec soin les phénomènes infectieux, les maladies éruptives, des convulsions, des cris, de la stupeur, un état fébrile aigu, des troubles digestifs quelque temps avant l'apparition de l'affection oculaire. Ils sont en faveur d'une pseudotumeur.

Parfois, ces antécédents permettent de préciser l'étiologie; ainsi des lésions tuberculeuses dans d'autres régions du corps feront penser à la possibilité d'un tuberculome choroïdien. Il en est de même pour des stigmates hérédosyphilitiques.

EVOLUTION

C'est comme nous l'avons vu précédemment un moyen qui parfois permet de faire le diagnostic entre gliome et pseudogliome.

FEJER (*Arch. für Aug.* T. 46) rapporte l'observation d'un enfant arriéré, âgé de 4 ans et né à 7 mois, de père diabétique. L'œil gauche présentait l'aspect caracté-

ristique du globe gliomateux, mais dans l'œil droit, il y avait de nombreuses taches de choroïdite atrophique. Trois semaines plus tard, l'œil gauche s'injecta et devint glaucomateux. Le professeur FUCHS émit l'opinion qu'il s'agissait peut-être d'un gliome double. Mais les parents n'ayant pas accepté l'énucléation, les mois suivants les phénomènes glaucomateux s'amendèrent. L'œil droit ne changea pas d'aspect.

Les pseudogliomes tendent en général à la destruction du globe oculaire non par perforation comme les gliomes mais en atrophiant l'organe. Ils entraînent de l'iritis, de l'occlusion pupillaire et bientôt une cataracte qui est rare pendant le processus gliomateux.

Quelquefois cependant, les pseudo-tumeurs intra-oculaires sortent du globe; c'est ce qui se passe dans les cyclites tuberculeuses hyperplasiques. Dans ce cas la déformation de l'œil n'est pas toujours précédée de glaucome, plusieurs saillies soulèvent la conjonctive autour de la cornée qui finit pas être entourée de bosselures staphylomateuses; quand cette membrane n'a pas perdu sa transparence, elle laisse entrevoir un iris dégénéré, semé de granulations. La palpation du globe oculaire, son exploration attentive montrent d'ailleurs que le segment postérieur est libre et que la tumeur occupe seulement le segment antérieur de l'œil.

Il est encore d'autres cas où les pseudogliomes n'entraînent pas la phtisie ni l'atrophie complète du bulbe, mais se font jour au dehors; cela se produit sans phénomènes glaucomateux, par destruction lente et progressive de la paroi oculaire, et s'accompagne d'accidents inflammatoires manifestes.

CLASSIFICATION DES PSEUDO-GLIOMES

De nombreux auteurs ont donné des classifications des pseudogliomes.

Voici celle de WINTERSTEINER :

1. Décollement de la rétine.
2. Leucosarcome et tuberculose de la choroïde.
3. Infections aiguës et chroniques.
4. Cysticerques.
5. Hyalites suppuratives.

On trouve dans l'*Encyclopédie Française d'Ophtalmologie*. (F. LAGRANGE, 1909), une classification un peu différente :

1. Hyalites suppurées.
2. Choroïdites métastatiques.
3. Organisation fibreuse du vitré.
4. Affections tuberculeuses.
5. Décollement simple de la rétine.
6. Quelques affections congénitales.

En 1916, SYDNEY STEPHENSON classent les pseudogliomes en :

1. Irido-cyclites métastatiques.
2. Décollement de la rétine.
3. Tuberculose de la choroïde.
4. Certaines anomalies congénitales.
5. Rétinites exsudatives.

Pour J. JACOBY (1923), les pseudogliomes peuvent être :

1. Séquelles d'ophtalmie métastatique.
2. Granulomes tuberculeux ou syphilitiques du corps ciliaire.
3. Rétinite exsudative de COATS.
4. Epaissement congénital de la capsule du cristallin avec persistance de l'artère hyaloïde.

MORAX (1926), donne, des pseudogliomes, la classification suivante :

1. Choro-rétinite succédant à une infection bronchique ou méningée.
2. Lésions syphilitiques de la rétine.
3. Tuberculose de la choroïde.
4. Opacifications du pôle postérieur du cristallin.

Nous terminerons en rappelant la classification proposée par Monsieur le Professeur TERRIEN (1934).

1. Chorio-rétinite.
2. Lésions tuberculeuses.
3. Décollement de la rétine.
4. Irido-choroïdite métastatique.
5. Anomalies congénitales (persistance de l'artère hyaloïdienne).

Nous adopterons la classification suivante :

1. Chorio-rétinites infectieuses.
 - A. Maladies générales aiguës.
 - B. Maladies générales chroniques.
 - C. Causes locales.
 - a) Connues.

- b) Inconnues.
- 2. Hémorragies intra-oculaires.
- 3. Lésions de la rétine.
 - A. Décollement.
 - B. Rétinite exsudative de COATS.
 - C. Corps étrangers.
- 4. Anomalies congénitales.

I. — CHORIORETINITES INFECTIEUSES

Les pseudo-gliomes infectieux sont les plus fréquents. Ils succèdent, dans la grande majorité des cas, à une maladie générale. C'est le plus souvent une méningite cérébro-spinale, mais cela peut être aussi diverses autres maladies : fièvres éruptives, grippe, pneumonie, pleurésie, angines, coqueluche.

L'affection causale est parfois bénigne. Elle peut même passer inaperçue et c'est surtout dans ce cas que l'erreur de diagnostic est fréquente.

On se trouve en présence d'un décollement et d'une rétraction de la rétine, avec tissu fibreux derrière le cristallin, donnant à la pupille un reflet blanc grisâtre en imposant pour un gliome. Mais à l'examen anatomique on trouve des lésions toutes différentes; les masses jaunâtres, placées du côté externe de la rétine se composent de détritits graisseux, de cellules de pus, plus ou moins dégénérées, et de nombreux cristaux de cholestérine.

Si on incise les pseudo-gliomes fraîchement extirpés, il s'écoule un exsudat sous-rétinien variable avec l'ancienneté de l'affection : dans les cas récents, il est liquide; dans les cas anciens, compact, il finit par s'organiser en masse solide dans lesquelles, SCHULTZE et VAGENMANN ont trouvé des cellules géantes qui se déve-

loppent autour des cristaux de cholestérine comme autour de corps étrangers.

Cet exsudat peut être soit séreux, il est alors jaune citron; soit purulent, il est alors trouble.

On a souvent cherché à cultiver cet exsudat, mais on est rarement arrivé à trouver des microbes parfois cependant on est parvenu à cultiver des bacilles de PFEIFFER, et des pneumocoques.

Sur les coupes histologiques, on remarque que la rétine est dégénérée, elle est privée de ses éléments nerveux, les cellules de soutien restent seules avec leur noyau.

Mais le foyer principal du mal se trouve dans la choroïde qui présente tous les désordres anciens ou récents d'une inflammation antérieure. Habituellement les lésions les plus anciennes existent dans le segment antérieur de la choroïde, vers le corps ciliaire.

Cette affection peut être causée :

soit par les germes de l'affection causale qui se propagent par voie sanguine, se localisent sur la choroïde aboutissant quelquefois à une véritable suppuration et cela sans trouble apparent de l'état général,

soit simplement par les toxines qui sont dans les liquides oculaires.

L'infection peut se localiser aux différentes parties de l'uvée ou même de la rétine. Plusieurs aspects anatomiques en résultent.

Cette infection et les désordres des tuniques du globe qui la suivent peuvent du point de vue anatomo-

pathologique se présenter sous divers aspects selon l'intensité, l'étendue, l'âge des lésions : l'uvéa et la rétine sont plus ou moins frappées. Aussi a-t-on pu décrire de nombreuses formes cliniques des pseudogliomes selon l'aspect histologique :

irido-cyclite, chorôidite, choriôrétinite et panophtalmie.

Mais ce qui importe beaucoup plus c'est l'étiologie de ces pseudo-tumeurs quand on peut la mettre en évidence.

A. MALADIES GENERALES AIGUES

Nous avons trouvé dans la littérature diverses observations où une maladie infectieuse générale aiguë a précédé l'apparition des troubles oculaires. Nous les avons reproduites ci-dessous :

OBSERVATION

résumée de PESME.

(*Bull. Soc. Franç. d'Opht.*, 1930).

Yvette L..., 8 mois, amenée pour troubles visuels remontant à 2 mois.

Enfant chétive, teint pâle, muqueuses décolorées.

Examen oculaire :

pas de trace d'inflammation extérieure, yeux animés de mouvements incoordonnés traduisant une mauvaise fixation.

O. D. : cornée un peu trouble laissant voir une chambre antérieure effacée, pupille légèrement dilatée ne paraissant pas réagir à la lumière; nombreuses synéchies postérieures. A travers l'orifice pupillaire et le cristallin normal on dis-

tingue une lueur blanc jaunâtre, profonde (phénomène de l'œil de chat). L'instillation d'atropine ne modifie pas l'orifice pupillaire. Tension : nettement augmentée au palper digital.

L'examen ophtalmoscopique n'a permis de distinguer aucun détail précis au niveau de cette masse jaunâtre qui apparaît dans la profondeur et qui semble très irrégulière dans sa surface

O. G. : segment antérieur semble normal, toutefois il existe de nombreuses synéchies qui bloquent l'iris dans une demi-dilatation. Pas de phénomène de l'œil de chat à la lumière du jour, mais l'ophtalmoscope révèle l'existence d'un reflet blanc jaunâtre profond siégeant dans les parties internes du globe alors que dans la portion externe la lueur rouge rétinienne est perçue. Tension oculaire normale à la palpation.

La mère raconte qu'une importante modification de la vision est survenue à la suite d'une grave maladie. L'enfant présentait alors des phénomènes méningés mais une P. L. se montra négative quant aux méningocoques.

Ses antécédents familiaux sont suspects de tuberculose.

L'énucléation est faite.

Examen macroscopique :

membrane sclérocornéenne épaissie, iris plaqué contre la face postérieure de la cornée, cristallin bombé dans chambre antérieure. Au niveau du segment postérieur : décollement total de la rétine. Dans l'espace situé entre la rétine et la choroïde : exsudat constitué dans les 2/3 antérieurs par de l'albumine, dans le 1/3 postérieur par un caillot de sang rouge accolé à la choroïde.

Examen microscopique :

rétine profondément désorganisée; bourrée d'hémorragies anciennes et nouvelles; dans l'entonnoir rétro-cristallinien que forme la rétine décollée.: exsudat hémorragique en voie d'organisation; en arrière de la rétine exsudat albumineux coagulé contenant des éléments cellulaires; accolé à l'épithélium pigmentaire énorme caillot sanguin d'origine récente.

Cette enfant a présenté une iridocyclite bilatérale derrière laquelle s'est formé un décollement total de la rétine. Le tout a succédé à des phénomènes méningés.

OBSERVATION

résumée de JEANDELIZE.

(*Revue médicale de l'Est*, 1924).

Une petite fille de 4 mois est amenée consulter car elle présentait depuis 3 semaines un œil gauche rouge et larmoyant. Cette irritation oculaire avait succédé au dire de la mère à une forte atteinte de gastroentérite.

A l'examen de O. G. :

larmolement, légère rougeur mais sans injection périkeratique, cornée et iris normaux, pas de synéchies; chambre antérieure complètement effacée; pupille moyennement dilatée, pas de réflexe photomoteur, ni consensuel;

pas d'hypertension oculaire par le procédé digital;

immédiatement derrière le cristallin, masse jaunâtre et au-devant d'elle un vaisseau sanguin bien caractérisé;

il ne paraît pas y avoir de perception lumineuse.

JEANDELIZE posa le diagnostic de gliome; néanmoins il eut quelques hésitations d'une part, parce que la maladie paraissait succéder à des troubles digestifs et d'autre part, il ne semblait pas y avoir d'hypertension. Afin d'en être sûr, il donna à l'enfant quelques bouffées de chloroforme et appliqua le tonomètre de Schiotz; il obtint ainsi une tension plus grande à gauche qu'à droite. Ceci le décida à intervenir.

Il examina l'œil séance tenante et constata :

« une masse fongueuse, jaunâtre, enveloppée d'une sorte de membrane, située derrière le cristallin s'étendant jus-

qu'au procès ciliaires, séparée du fond de l'œil par un vitré très liquide, jaune verdâtre et assez transparent.

A ce moment, le diagnostic était éclairé et le laboratoire le confirma: lésions inflammatoires, pas de gliome ».

Cette observation ressemble cliniquement à la précédente, mais l'infection originelle a frappé le tube digestif.

OBSERVATION

résumée de F. LAGRANGE.

(*Soc. Franç. d'Ophth.*, 1896).

Marie P., 2 ans est amenée à l'Hôpital des Enfants-Malades le 11 mai 1895 pour une affection de O. D.

Bien portante jusqu'en février 1895, elle fut prise alors de fièvre et de convulsions puis d'une paralysie du côté gauche. Il y a eu des déviations oculaires spasmodiques de courtes durées. Ne pouvant marcher, elle dût garder le lit et présenta bientôt un gonflement œdémateux des pieds, des jambes et du poignet droit. Le médecin alors consulté diagnostiqua une affection rhumatismale.

La mère prétend que quelques jours après le premier accès de fièvre, l'œil droit avait perdu son éclat et que rapidement apparut la tache blanche bien visible même à distance, qui n'aurait cessée de se développer.

Vers la fin de mars les phénomènes généraux disparurent.

Pendant le courant d'avril et les premiers jours de mai, l'état de l'œil droit fut stationnaire. En dehors de la perte de la vision les parents ne remarquèrent rien de particulier si ce n'est l'aspect blanchâtre du fond d'œil. Il n'y a eu à aucun moment de phénomènes inflammatoires.

L'examen pratiqué le 11 mai permet de constater :

aucune infection de la conjonctive, aucune déformation du

globe, cornée transparente, cristallin intact, pupille uniformément dilatée, tension normale, vision nulle.

La simple inspection fait apercevoir dans le corps vitré une masse blanchâtre cotonneuse, rappelant les lésions du gliome de la rétine.

L'éclairage du corps vitré montre que presque toute la cavité oculaire est remplie par ce produit pathologique. Un examen attentif confirme qu'il ne s'agit point d'un décollement de la rétine, mais bien d'une masse développée dans la rétine et au devant d'elle.

A ne tenir compte que des signes objectifs, le diagnostic de gliome s'imposait, mais à cause des commémoratifs, LAGRANGE fit de grandes réserves, il conclut à une ophtalmie métastatique et proposa l'intervention.

Examen histologique :

masse blanc laiteux faisant dans le corps vitré une saillie considérable (occupe environ le 1/4 postérieur de la cavité oculaire);

rétine décollée sur toute son étendue.

choroïde et sclérotique examinées à la loupe sont épaissies et infiltrées;

exsudat à la fois intra-oculaire sous-rétinien, sous-choroïdien.

Examen bactériologique : a démontré qu'il n'y avait dans l'œil enlevé aucun élément microbien!

Il s'agissait donc d'une chorioretinite exsudative avec dégénérescence muqueuse. Les lésions ont respecté le segment antérieur de l'œil. La cause semble ici un rhumatisme aigu. La nature de l'infection est donc très mystérieuse.

Dans l'observation de chorioretinite de KOLEN, le paludisme provoqua un pseudogliome qui fut diagnostiqué et vérifié ensuite histologiquement.

B. MALADIES GENERALES CHRONIQUES.

TUBERCULOSE.

Le début anatomique du tuberculome choroïdien n'est le plus souvent pas observé ophtalmologiquement étant masqué par le décollement rétinien. Habituellement on se trouve en face d'un décollement de la rétine; ce décollement a les mêmes caractères que celui qui se produit au cours de l'évolution des tumeurs de la choroïde, notamment le siège anormal et la fixité. Il existe quelques faits de décollement total. L'hypertension intraoculaire n'est pas rare.

L'aspect est donc celui d'un gliome et le tuberculome massif de la choroïde doit rentrer dans le cadre des pseudo-tumeurs comme l'a montré CURTIL dans sa thèse.

Dans les tuberculoses, il y a de fréquentes poussées d'iritis et ce symptôme a été utilisé comme procédé de différenciation clinique vis-à-vis du gliome; malheureusement il est loin d'être constant et les erreurs de diagnostic sont fréquentes.

Nous en rapportons ici quelques cas.

OBSERVATION

résumée de AURAND et BUSSY.

(*Soc. d'Opht. de Lyon*, 1922).

Charlotte G..., âgée de 6 ans est amenée consulter le 11 octobre pour une légère rougeur de l'œil gauche, sans aucune

douleur, apparue le 20 septembre précédent. Sa mère a remarqué en outre que, dans le milieu de l'été, cet œil présentait parfois un reflet brillant « comme celui d'un chat dans l'obscurité ».

Malgré cela, l'état général était resté satisfaisant.

Examen de O. G. : léger strabisme divergent;

léger cercle péricératique avec descémétite légère, pupille un peu irrégulière, en raison de quelques synéchies postérieures en bas, iris à teinte feuille morte, chambre antérieure normale.

L'éclairage direct de la pupille en abduction permet d'apercevoir derrière l'équateur du cristallin, dans la zone ciliaire antérieure, une masse jaunâtre un peu saillante devant laquelle passe un petit corps arrondi blanc et mobile.

A l'ophtalmoscope, la masse jaunâtre présente un bord inférieur arrondi et un bord supérieur entouré d'un cercle hémorragique. Au-dessous du bord inférieur, apparaît une seconde petite masse blanche arrondie. Sur la surface de la tumeur, il y a également deux ou trois masses blanches, arrondies, mobiles et paraissant sur le point de se détacher de la tumeur. Toutes les autres portions de la rétine sont encore bien visibles et normales.

Ayant fait le diagnostic de gliome rétinien, le Pr. NODIER fait une application de R. X.

Le lendemain, formation d'un hypopion laiteux un peu jaunâtre, les milieux sont troubles. Les petites masses signalées plus haut n'existent plus : elles se sont liquéfiées en formant l'hypopion et ce fait fit penser à la possibilité d'un tuberculome choroïdien.

Six jours après, nouvel examen : l'hypopion a disparu, la masse tumorale est constituée par plusieurs masses mamelonnées et agminées blanc jaunâtre plus ou moins volumineuses remplissant la moitié temporale du fond d'œil; vitré un peu flou; vision se trouble davantage.

Devant l'extension et la dissémination de la tumeur et l'insuccès de la radiothérapie on pratique l'énucléation.

Examen anatomique :

vitré, dans son 1/3 postérieur est occupé par des masses blanchâtres, arrondies, d'apparence floconneuse qui paraissent insérées sur la rétine décollée.

Examen histologique :

sac scléro-cornéen intact; dans chambre intérieure, léger exsudat inflammatoire, iris et corps ciliaire : œdème interstitiel peu marqué; cristallin normal; choroïde : lésions minimales;

rétine : couches profondes normales, couche des fibres infiltrée de cellules inflammatoires. Dans un réticulum fibreux, on trouve des lymphocytes éosinophiles et quelques rares cellules géantes.

Il n'a pas été possible sur les coupes de mettre en évidence de B. K.

OBSERVATION

résumée de JACQUEAU et LEMOINE.

(*Soc. d'opht. de Lyon*, 1923).

Fillette de 11 ans présentant une perte totale de la vision de l'œil gauche.

Transparence parfaite des milieux permettant de voir un large décollement rétinien du côté nasal, et du côté temporal une volumineuse tumeur d'aspect jaune citron avec reflets rougeâtres, paraissant pourvue d'une vascularisation propre.

Hypertonie très légère.

Enucléation.

Examen histologique montre qu'il s'agit d'un très gros « *tuberculome choroidien*. Le nerf optique n'est pas envahi ».

C'est un bloc, une véritable tumeur tuberculeuse

parfaitement calme simulant un gliome sans diagnostic clinique possible.

SYPHILIS.

Les pseudogliomes d'origine syphilitique sont rares. Néanmoins il y a des cas où les lésions choroïdiennes et vitréennes, donnant l'aspect d'un œil de chat amaurotique, peuvent être imputées à cette affection. Il en est ainsi dans une observation de GENET et ARNAL que nous résumons ci-après :

Mlle X..., âgée de 23 ans est atteinte de syphilis depuis 1921. Elle fut immédiatement traitée à l'hôpital St-Louis.

Au cours de ce traitement, quatre mois après le début de l'accident primitif, surviennent des accidents oculaires.

Examen du 15 décembre 1922.

O. D. : synéchies iriennes avec crises de douleurs périoculaires. A l'éclairage latéral on voit en haut et en dedans une masse blanc grisâtre avec à son centre un reflet légèrement ambré. Autour de ce noyau central existe une atmosphère grisâtre. L'ensemble de cette masse paraît adhérente à la choroïde. Dans le reste du vitré, l'éclairage est possible; on voit le rouge du fond d'œil, mais on ne précise aucun détail.

Le cristallin ne se trouve plus à sa place normale, mais est englobé dans la néoformation.

O. G. : normal.

GENET conclut :

« L'interprétation de la nature de cette lésion localisée dans le vitré est difficile, cependant, son apparition au cours d'une syphilis sévère, difficile à traiter en raison de l'intolérance de la malade à diverses médications ne paraît justifier l'hypothèse d'une gomme de la choroïde ».

PROCESSUS INFLAMMATOIRE CHRONIQUE.

OBSERVATION.

résumée de MORAX.

(Cancer de l'appareil visuel).

R... âgé de 5 ans, né de parents sains, est un bel enfant qui n'a jamais été malade. Vers le 10 janvier 1913, il est pris brusquement de douleurs violentes dans l'œil droit et les parents remarquent une forte dilatation pupillaire.

A l'examen pratiqué le 18 janvier, on constate une hypertension oculaire très accusé, un décollement étendu de la rétine n'atteignant pas la région papillaire.

On pose le diagnostic de gliome.

Enucléation.

L'examen anatomique montre l'existence d'un décollement mais non celle d'une tumeur. La rétine montre des altérations vasculaires qui font penser à l'évolution antérieure d'un processus inflammatoire chronique sur la nature duquel il est impossible de se prononcer.

Donc des pseudogliomes peuvent être liés à l'évolution d'une infection chronique. Il faut chercher chez ces malades des symptômes de tuberculose ou de syphilis. Ce n'est pas toujours suffisant et MORAX n'a pu classer le processus infectieux.

C. CAUSES LOCALES.

a) ELLES PEUVENT ÊTRE CONNUES.

Ce peut être une cysticerose oculaire.

Le cysticerque de l'œil n'est pas une maladie de

l'enfance; peut-être même n'a-t-il jamais été observé chez les enfants en France.

En outre, ses mouvements propres péristaltiques, sa coloration particulière, l'irrisation de ses bords le différencient suffisamment du gliome.

Pour qu'un cysticerque puisse se confondre avec un gliome il faut qu'il soit dans un état avancé, qu'il ait perdu son aspect caractéristique vésiculaire et onduoyant; que ne soit visible ni la tête, ni la queue du parasite; que celui-ci ne présente pas de contractions spontanées ou provoquées par le courant galvanique.

Seulement quand le parasite est méconnaissable à l'examen ophtalmoscopique pour avoir perdu les caractères décrits ci-dessus ou parce que le vitré n'est plus transparent, la confusion avec le gliome est possible, d'autant plus qu'en général la tension est augmentée.

DE GRAEFE chez un enfant portant un cysticerque qui n'entraînait que tardivement des phénomènes inflammatoires ne put tout d'abord faire le diagnostic avec certitude.

Dans d'autres cas le pseudogliome peut être dû à une affection ancienne de l'œil. Ainsi dans l'observation que nous résumons ci-dessous, il s'agit vraisemblablement d'une iridocyclite ayant succédé à l'extraction de la cataracte.

OBSERVATION

résumée de REDSLOB et BILGER.

(*Soc. d'opht. de Paris*, 1929).

Enfant de 4 ans 1/2 opéré en 1925 de cataracte congénitale, aux deux yeux nystagmus.

En décembre 1926 : vomissements, céphalées avec inflammation de l'œil droit.

En février 1928 : V. O. D. G. avec + 10 : 1/5.

Fond d'œil difficile à voir, paraît normal.

En janvier 1929 :

O. D. : aspect d'œil de chat amaurotique.

Pas de précipités sur la membrane de Descemet.

Grosse hypertension du globe oculaire.

Vision nulle.

On fait le diagnostic de tumeur rétinienne. On énuclée.

Examen histologique :

pas de néoplasme, infection d'allure chronique avec décollement de la rétine, sans doute consécutive à l'opération subie plusieurs années auparavant.

b) PLUS SOUVENT LA CAUSE EST INCONNUE comme dans les cas qui suivent. SCHIECK, *de Heidelberg*, sept. 1900 a décrit 2 cas de choroïdite exsudative chez des jeunes sujets autrement bien portants et dont les yeux étaient absolument normaux d'apparence.

A l'ophtalmoscope, on voyait dans le premier cas des masses exsudatives en dessous de la rétine, avec quelques fins dépôts à sa surface, on aurait pu penser à une tumeur, mais la lenteur de l'évolution (1 an 3/4 sans progression aucune), montra qu'il s'agissait d'un processus exsudatif.

Dans le second cas, les foyers exsudatifs étaient observés sur la choroïde au cours d'un décollement récidivant de la rétine; ces exsudats étaient toujours beaucoup plus apparents quand la rétine était recollée. L'auteur regarde ces exsudats comme de nature fibreuse.

GENET (Soc. d'opht. de Lyon) rapporte l'observation

d'un malade, adressé pour gliome, qui présentait en effet l'œil de chat amaurotique avec dans la pupille une masse cotonneuse. Enucléation.

L'examen anatomopathologique indique qu'il s'agissait en réalité d'un pseudogliome avec pus dans la partie postérieure du globe : choroïdite hémosporique par conséquent.

OBSERVATION

résumée de DE SPÉVILLE.

(Soc. d'opht. de Paris, 1906).

Enfant de 6 mois, née à terme sans incident, bien portante, jusqu'à l'âge de 4 mois l'œil gauche semblait normal, mais à cette époque les parents de l'enfant s'aperçurent « que la prunelle de cet œil n'était pas comme l'autre » mais ne s'en inquièrent pas. Le processus évoluant, ils allèrent consulter un ophtalmologiste qui fit le diagnostic de gliome et proposa l'enucléation. La mère hésitant amena l'enfant à la consultation de M. DE SPÉVILLE qui constata :

O. G. : conjonctive et cornée : saines, chambre antérieure aplatie; pupille moyennement dilatée et ne réagissant pas à la lumière, cristallin, transparent laissant voir une masse blanchâtre uniforme, rendant impossible l'examen du fond d'œil dont on n'aperçoit qu'une très faible partie.

Tension notablement augmentée. Vision nulle.

Enucléation.

Examen anatomique : *« ce n'est pas un gliome; il n'y a pas trace de tumeur dans cet œil. Il s'agit probablement d'une affection ancienne. Le vitré est décollé et refoulé en avant; la chambre vitréenne est occupée par un liquide, sans doute louche sur le vivant, contenant en suspension de la fibrine altérée. La rétine est atrophiée par places et soudée à la choroïde. Il y a oblitération de l'angle irien et une cu-*

rieuse adhérence des procès ciliaires à l'un des bords du cristallin. Persistance de l'artère hyaloïde ».

OBSERVATION

résumée de ROLLET et COLRAT.

(*Soc. d'opht. de Lyon*, 1922).

Jeune fille de 22 ans.

Antécédents familiaux : père mort tuberculeux, grand-mère aveugle. Elle a 4 frères : 3 ont une vue normale, le quatrième est venu consulter en 1927, il était porteur d'un colobome irien de l'œil gauche et de plaque de choroïdite atrophique du même côté.

Antécédents personnels :

en 1907 on notait :

O. G. : acuité visuelle : 1/6.

Au fond d'œil en dehors de la macula, soulèvement rétinien gris verdâtre allongé.

O. D. : acuité visuelle : 1/6.

Plaque de chorioretinite maculaire.

Ultérieurement la vision de l'œil gauche s'est rapidement perdue, l'acuité visuelle de l'œil droit est restée satisfaisante jusqu'en Septembre 1922, date à laquelle elle a baissé rapidement en même temps que la malade se plaignait de douleurs assez vives et passagères.

Examen :

O. G. : cataracte dystrophique complète, synéchies postérieures.

Mauvaise projection lumineuse.

Tension 25 au Schiotz.

O. D. : mydriase, le fond de la pupille présente le reflet classique de l'œil de chat amaurotique.

— à l'éclairage latéral on constate que le reflet est dû à un décollement rétinien en entonnoir; la partie supérieure de ce décollement bombe fortement dans le vitré qui est resté très clair et présente de grosses bosselures de surface.

Cette portion supérieure flotte par endroits. La partie inférieure est moins saillante, plus fixe, moins bosselée. On voit partout les vaisseaux normaux; il n'y a pas de double réseau vasculaire. En outre au niveau des surfaces décollées se voient des plaques de pigmentation diffuse. Nulle part on n'aperçoit de granulations grises.

— tension oculaire 20 au Schiotz.

Il s'agit donc pour cet œil d'un processus qui a évolué en 2 temps : chorioretinite congénitale; puis à partir de septembre, production d'un pseudogliome d'origine difficile à préciser.

En effet, en dépit de l'aspect chétif de la malade et de ses antécédents, devant la longue durée de l'évolution et l'absence de granulations visibles, ROLLET a pensé pouvoir éliminer la tuberculose choroïdienne et en tenant compte de l'examen d'il y a 15 ans il s'est borné au diagnostic de « *chorioretinite exsudative à type de pseudogliome vraisemblablement greffée sur un processus de choroïdite congénitale* ».

OBSERVATION

résumée de GORSSE, GALMETTE et BERGÈS.

(*Toulouse médical*, 1936).

Enfant de 6 ans présentant l'aspect clinique d'un gliome. La vision de cet œil était nulle, la chambre antérieure un peu diminuée, la pupille large et régulière.

Le fond d'œil montrait un décollement rétinien avec masses blanchâtres.

Tension oculaire légèrement augmentée.

Transillumination révélait une zone obscure en haut.

Enucléation.

Ouverture du globe montra seulement au niveau de la chorioretine un magma blanchâtre ne ressemblant aucunement à un néoplasme et dont l'examen histologique montra le caractère inflammatoire.

Dans l'observation suivante de L. GENET (Soc. d'Opht. de Lyon, 1930), la cause semble extraoculaire, mais l'ignorance complète de sa nature fait que nous rangeons ici cette observation.

Enfant âgé de 7 mois, présente depuis 15 jours un reflet blanc de la pupille.

A l'examen : on constate un reflet blanc occupant toute la pupille, quelques synéchies, une chambre antérieure effacée; l'œil n'est pas dur; l'ophtalmoscopie est difficile à cause du jeune âge et des cris de l'enfant. Il n'est pas possible de se rendre compte si la masse placée derrière la pupille est mamelonnée, si elle présente des vaisseaux.

Antécédents héréditaires et personnels sans intérêt.

Pas la moindre inflammation des yeux; bon état général.

On fait le diagnostic de gliome avec quelques réserves. Ablation sous anesthésie générale.

Examen histologique pratiqué par le Pr MARTIN.

« sur les coupes, on constate la présence d'un abcès étendu occupant la presque totalité du vitré jusqu'au niveau de la partie postérieure de l'œil. La rétine est également infiltrée, il existe aussi un exsudat inflammatoire dans la chambre antérieure. Le corps ciliaire est peu atteint, vaisseaux manifestement dilatés autour du nerf optique sans infiltration inflammatoire. Panophtalmie métastatique à prédominance dans le segment postérieur ».

OBSERVATIONS PERSONNELLES

Nous avons observé à l'Hôtel-Dieu le cas suivant où la cause de la néoformation est totalement inconnue.

S..
Andrée, 12 ans est entrée dans le service le 9 janvier 1939.

Depuis juin dernier baisse visuelle de l'œil gauche.

V. O. D. : 10/10.

V. O. G. : 0.

Fond d'œil :

O. D. : normal. O. G. : nombreuses masses rosées avec plages ardoisées; quelques hémorragies le tout irrégulièrement saillant. Vitré clair.

Transillumination mauvaise dans toute la moitié nasale.

B. W. : négatif (St-Louis).

Enucléation O. G. : 10 janvier 1939.

Examen histologique (D^r HUDELO).

Gros décollement de la rétine. Liquide sous-rétinien amorphe. Dégénérescence rétinienne banale, sauf en certains points où apparaissent des suffusions hémorragiques intra et extra-rétiniennes.

L'étiologie est aussi obscure dans cette autre observation résumée de la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

D. Joël, 4 ans est venu consulter le 14 septembre 1938.

Ses parents l'avaient déjà montré à M. SOURDILLE qui avait conclu à l'enucléation.

Il présentait : un strabisme apparu il y avait un an; une pupille blanchâtre depuis 4 mois.

Enucléation le 17 septembre.

Examen histologique (D^r HUDELO). Rétine totalement décollée, ratatinée et atrophiée, logée derrière l'équateur du cristallin et le corps cilaire.

Nous reproduisons en outre deux comptes rendus histologiques; malheureusement nous n'avons pu avoir de renseignements cliniques :

1. Le Professeur de LAPERSONNE a énucléé le 9 mai 1932 un enfant de 4 ans 1/2 pour lequel il avait fait le diagnostic de gliome.

Examen anatomique : section équatoriale.

Vitré rempli de masses très molles traversées par une masse plus résistante antéro-postérieure adhérente à l'avant au cristallin; cornée et iris normaux.

Corps ciliaire légèrement infiltré.

Dans la rétine ciliaire léger œdème caractérisé par une augmentation de volume portant sur les couches internes.

Inflammation leucocytaire du vitré.

Dans le segment postérieur en avant du nerf optique masse formée par la rétine pelotonnée, décollée, sans prolifération des éléments cellulaires de la rétine.

Infiltration inflammatoire et très gros œdème.

Pas de cellules géantes.

Nerf optique absolument normal sans infiltration interstitielle, ni des gaines.

« Aspect purement inflammatoire sans trace de néoplasme. La nature tuberculeuse ne peut être ni infirmée ni confirmée ».

II. E... Alain, 17 mois.

Enucléation O. G. par Monsieur le Professeur TERRIEN le 6 octobre 1936.

Examen :

Intégrité du nerf optique;

pas d'éléments gliomateux;

lésions inflammatoires de l'iris; véritable gomme ayant donné une synéchie à la cornée, rompue sur la coupe.

II. — HÉMORRAGIES INTRAOCULAIRES

Leur symptomatologie peut être trompeuse et dans des cas exceptionnels simuler une néoformation intra-oculaire.

Ainsi HAMMA a examiné deux cas de pseudogliomes où d'après les signes cliniques on aurait pu diagnostiquer un gliome dans la période glaucomateuse. L'examen anatomique démontra qu'il s'agissait d'un foyer sanguin qui emplissait toute la cavité du globe oculaire, il avait détaché la rétine, l'avait pressée contre la face postérieure du cristallin et déplacé celui-ci avec l'iris vers la face postérieure de la cornée.

Mme GOURFEIN WELT a observé le cas suivant : (*Rev. gén. d'Opht.*, 1923).

Jeanne M..., âgée de 5 ans et demi est amenée consulter le 30 novembre 1916, parce que sa mère a remarqué depuis deux mois un reflet blanc sortant de la pupille de l'œil gauche.

Antécédents : née à terme, bien portante; coqueluche en Juillet 1916 qui dura deux mois.

Examen : œil droit normal, émetrope;

œil gauche strabisme divergent, pas de larmoiement ni de photophobie, pas d'injection ciliaire, cornée transparente, chambre antérieure normale; cristallin transparent, derrière

lui, on remarque une masse blanc grisâtre qui contient dans sa partie nasale et en haut quelques vaisseaux.

Tension oculaire normale. Cécité.

On pose le diagnostic de gliome.

Enucléation pratiquée le 2 décembre.

Examen histologique :

Macroscopique : nerf optique, cornée, iris et cristallin : normaux.

Choroïde normale et à sa place : au centre de l'œil, cordon blanc jaunâtre s'étendant de la papille à l'ora serrata, formant un écran derrière le cristallin, rappelant la forme du décollement de la rétine en entonnoir.

Microscopique : couche pigmentaire de la rétine restée adhérente à la choroïde mais présente diverses altérations; le cordon est formé par l'apposition des deux feuillets de la rétine partiellement accolés au milieu par leurs couches internes et dégénérées. La partie étalée du cordon qui forme écran derrière le cristallin comprend deux zones : zone antérieure constituée par du tissu conjonctif de néoformation; zone postérieure formée par la rétine. Aucune trace de cellules et de formations qui caractérisent le gliome.

La masse gris rougeâtre qui remplit la cavité de l'œil est comprise entre la choroïde et la rétine, elle entoure le cordon décrit ci-dessus. « L'affection observée ne peut reconnaître comme cause qu'une hémorragie intra-oculaire due aux accès de toux de l'enfant lors de sa coqueluche ».

Nous avons classé ici cette observation étant donné les conclusions de son auteur. On peut se demander d'ailleurs si les hémorragies intraoculaires ne peuvent pas assez souvent simuler le pseudogliome par la rétinite proliférante qui leur succède. Nous croyons que c'est là un sujet qui mériterait d'être approfondi.

III. — LESIONS DE LA RETINE

A. DECOLLEMENT DE LA RETINE

La rétine simplement décollée a un aspect bleu verdâtre aux reflets soyeux. La masse est onduleuse, elle ballotte lors des mouvements de l'œil; elle présente en général des plis très nets; les vaisseaux qu'on voit à sa surface sont ceux de la rétine et ils se distinguent aisément des vaisseaux de néoformation du gliome.

La tension est souvent diminuée.

A l'examen microscopique, on constate que la rétine a subi une altération notable : la couche des grains externe et interne devient méconnaissable celle des cônes et des bâtonnets disparaît. Toute la rétine s'épaissit considérablement grâce à des phénomènes de prolifération qui marchent de front avec des phénomènes de dégénérescence. Ce qui frappe le plus, c'est la prolifération de la névroglie. Souvent les fibres névrogliques sont elles-mêmes dissociées par l'œdème. Finalement la rétine ne forme plus qu'un tissu glial. Dans les décollements anciens, la névroglie est remplacée par du tissu conjonctif. Parfois la gliose de la rétine atteint un degré tel qu'à l'ophtalmoscope, on obtient l'aspect d'un œil de chat amaurotique sans que se soit formé un exsudat organisé pré-rétinien.

Le décollement simple de la rétine est rare chez l'enfant. D'une part, parce qu'il est souvent méconnu vu l'absence de signes fonctionnels; d'autre part, quand il existe une dégénérescence de la rétine, il est impossible de reconnaître la membrane à l'examen ophtalmoscopique et c'est alors que l'on porte le diagnostic de gliome; seul l'examen anatomo-pathologique permet de faire le diagnostic exact.

SETTLER dans son livre « *Die Besartige Geschwulste des Auges* » mentionne 3 cas d'erreurs de diagnostic et CLARKE les cas de deux enfants, le frère et la sœur, atteints chacun d'un décollement unilatéral simulant un gliome.

Voici quelques résumés d'observations.

LACHMAN.

(*Amer. J. of. Opht.*, 1927).

Garçon de 3 mois 1/2.

Antécédents personnels : accouchement au forceps, crises convulsives.

Quelques semaines après sa naissance, les parents s'aperçurent qu'il n'avait pas les yeux normaux.

Trois ophtalmologistes l'examinèrent et portèrent le diagnostic de gliome.

Examen :

Volume des deux yeux augmenté, cornées claires, pupilles en mydriase, petite synéchie sur le bord inférieur de la pupille droite. Dans les deux yeux : masses brunes et jaunâtres situées derrière le cristallin et s'avancant contre sa face postérieure; ces masses sont gorgées de sang, mais non vascularisées.

Enucléation double.

Examen macroscopique :

Pas de noyaux tumoraux extrabulbaires; rétine décollée, entre rétine et choroïde, grande quantité de sérosité.

Examen microscopique : les lésions des deux yeux sont identiques, sérosité sanguinolente dans chambre antérieure; hémorragies récentes sur l'iris; cristallins : volume normal, au pôle postérieur petite opacité sous-capsulaire; corps ciliaires : hémorragies anciennes et récentes; hémorragies anciennes de la choroïde; les vaisseaux choroidiens sont dilatés et présentent une infiltration périvasculaire; la rétine complètement décollée est pelotonnée en masse, elle est séparée de la choroïde par une grosse masse de sang et de sérum, très ancienne, ayant subi un commencement d'organisation; la rétine est partiellement dégénérée et méconnaissable.

Aucune trace de formation tumorale.

STOWER.

(*Arch. of. opht.*, 1907).

Enfant de 13 mois, examiné à l'âge de 3 mois et trouvé alors indemne de toute lésion. Depuis quelquel temps, l'œil droit déjà divergent s'est mis à rougir et c'est pour cela qu'on la conduit consulter.

Examen O. D. :

Cornée claire, cernée par un cercle d'injection périkératique, chambre antérieure diminuée, iris dilaté et immobile. A travers la pupille on perçoit une masse jaunâtre qui s'avance derrière le cristallin.

Tension légèrement augmentée.

Le diagnostic de gliome étant posé, l'œil est énucléé.

Examen anatomique :

décollement total de la rétine en entonnoir avec hémorragies interstitielles et exsudat hémorragique sous-rétinien. La rétine est arrachée au niveau de son insertion papillaire. En arrière du cristallin, exsudat cyclitique tendu d'un corps ci-

liaire à l'autre; choroïde normale, légèrement infiltrée d'hémorragies dans sa partie antérieure.

Pour l'auteur, ce décollement est dû à un traumatisme insoupçonné.

Dans ces observations, il faut noter l'importance des hémorragies. Ces cas sont intermédiaires à ceux d'hémorragies intra-oculaires que nous avons déjà vus et ils posent le problème des rapports de ces affections avec la pseudo-tumeur de l'œil.

Par contre, dans l'observation qui va suivre, le décollement rétinien semble idiopathique. Son organisation progressive lui a donné l'aspect du pseudo-gliome.

GORECKI (1889).

Enfant de 5 ans qui avait reçu il y a 6 mois un coup sur l'œil, la vision semble s'être perdue progressivement. Dix jours avant d'être opéré, l'œil devint rouge, douloureux. La douleur céda à quelques instillations de cocaïne.

Examen : aspect d'œil atteint de gliome.

Cornée transparente; pas d'injection périkeratique mais rougeur au niveau du corps ciliaire, chambre antérieure normale, pupille modérément dilatée, derrière le cristallin, on aperçoit à l'éclairage oblique une masse d'un blanc jaunâtre trilobée facile à reconnaître pour la rétine décollée et sur laquelle on voit distinctement quelques vaisseaux. Cité.

Enucléation.

Examen macroscopique :

Tumeur entre la choroïde et la rétine; cette dernière est épaissie et décollée en parapluie formant trois lobes et allant de l'insertion du nerf optique au pôle postérieur du cristallin; corps vitré extrêmement rétréci.

L'examen microscopique de la masse sous-rétinienne démontre qu'elle n'était formée que par de la fibrine pure sans traces de corpuscules de sang.

Nous terminons par une observation où le diagnostic de décollement a été fait par l'évolution.

SANTOS FERNANDEZ.

(*Rev. cub. de Gpht.*, 1920).

Examina en mai 1893 un garçon de 3 mois 1/2 déjà vu par un autre confrère qui avait porté le diagnostic de gliome bilatéral de la rétine.

Pupilles normales à travers lesquelles on apercevait une opacité blanc sale; il n'est pas fait mention de la tension.

FERNANDEZ pense qu'il s'agit plutôt d'un double décollement congénital. Ce diagnostic fut confirmé par le développement ultérieur de l'affection.

En Novembre 1902, les parents de cet enfant lui amenèrent leur sixième et dernier né, un garçon de 1 mois 1/2, chez qui ils avaient remarqué un reflet particulier dans les pupilles analogues à celui qu'ils avaient vu chez le frère aîné.

A l'examen ophtalmoscopique sous dilatation atropinique, FERNANDEZ put reconnaître aisément un double décollement de la rétine.

B. RETINITE EXSUDATIVE DE COATS

Elle apparaît souvent chez des sujets très jeunes et principalement chez les garçons (J. JACOBY), elle est unilatérale. Elle évolue souvent vers un décollement de la rétine donnant alors un aspect pseudo-gliomateux.

Elle est caractérisée ophtalmoscopiquement par des hémorragies rétiniennes plus ou moins étendues, des taches blanches et de petits anévrismes le long des artères.

Anatomiquement, elle est constituée par des hémorragies et des exsudats fibrineux de la couche la plus externe et s'accompagne de dégénérescence de l'épithélium pigmentaire.

En général, la choroïde est intacte (mais les foyers rétiniens peuvent retentir sur elle). Aussi n'y a-t-il pas de signes inflammatoires, sauf si l'exsudat est important et qu'il presse l'iris à la cornée, il y a alors stase du liquide oculaire, glaucome secondaire entraînant une inflammation externe de l'œil.

Cette maladie évolue lentement et insidieusement et les parents ne conduisent l'enfant consulter que lorsqu'ils voient le reflet pupillaire, il est alors très difficile de différencier cliniquement cette rétinite exsudative d'un gliome.

Nous donnons comme exemple les cas ci-dessous :

OBSERVATION résumée de SYDNEY STÉPHENSON.

(*Ophthalmoscope*, 1916).

Enfant de 2 ans 1/2, présentant l'aspect de l'œil de chat, ayant une vision nulle, une tension élevée. L'ophtalmoscope montre des taches brillantes et des hémorragies dans la partie inféro-externe du vitré.

L'œil fut enlevé.

A l'examen on trouva des nodules blanchâtres entre la choroïde et la rétine composés de tissu fibreux néoformé et

pénétré par des interstices ayant contenu des cristaux de cholestérine; ces nodules contiennent du pigment, des collections de cellules géantes et des caillots de sang désagrégé.

OBSERVATIONS résumées de HANSEN.

(*Klin Monats für Hug*, 1920).

I. G... opéré il y a 5 à 6 ans de cataracte.

O. G. : colobome irien post opératoire en bas, apakie.

A l'ophtalmoscope : étroit staphylome temporal; fond d'œil peu pigmenté avec distribution irrégulière du pigment autour de la papille; région maculaire finement marbrée. Vision avec + 4 : 2/24.

O. D. : perte de la vision en 6 mois. Vision nulle.

Depuis 3 semaines inflammation et douleur.

Colobome irien en haut, hyphéma; iris brun foncé alors que l'œil gauche est bleu gris, aphakie, reflet pupillaire rouge jaunâtre.

Hypertension notable.

Après la résorption de l'hyphéma, on voit à l'ophtalmoscope un fond d'œil gris jaunâtre avec des masses exubérantes saillant dans le vitré de tous côtés comme des tumeurs, les vaisseaux ne sont pas du tout visibles.

Transillumination de l'œil donne des résultats douteux.

Enucléation O. D.

Examen anatomique :

décollement rétinien avec glaucome simulant une tumeur. Prolifération tissulaire de nodules gliomateux, constitués par hémorragies, lymphocytes et fibroblastes, à la jonction de la rétine et du corps ciliaire. On trouve ces mêmes proliférations à la partie interne de la choroïde dans les cas de rétinite exsudative.

La sclérotique n'est touchée que passivement, elle ne participe pas à la tumeur, elle est amincie et tendue.

II. Enfant de 4 ans. La mère a remarqué, quelques mois

auparavant une « modification de l'œil ». Ensuite survint une inflammation et de violentes douleurs.

A l'ophtalmoscope on trouve la rétine repoussée irrégulièrement en avant par des masses apparemment solides, fortement suspectes de néoplasme. On constate une forte vaso-dilatation mais sans hémorragie. Fond d'œil jaunâtre.

Vision nulle.

Enfin, apparaissent de violentes manifestations glaucomateuses qui ne cessent qu'après l'énucléation.

Examen anatomique. Dégénérescence proliférative de la rétine qui se transforme en de nombreux bourgeons de tissus gliomateux. Dans les parties les plus épaisses de ces bourgeons on trouve de fortes nécroses; l'espace sous-rétinien est rempli par une masse riche en albumine et par de grosses quantités de cellules dégénérées d'épithélium pigmentaire et de cellules granuleuses. Les modifications de la rétine sont d'après HANSEN, primitives et les formations conjonctives sont dues à l'excitation toxique des masses produites dans l'espace sous-rétinien. Il y a plusieurs foyers qui s'étendent à toute la rétine.

Diagnostic anatomo-pathologique : rétinite exsudative de Coats. Cependant, il manque pour compléter le syndrome les hémorragies et les lésions vasculaires.

III. Ch. B..., 9 mois.

A 5 mois : otorrhée; à 7 mois strabisme externe; les deux dernières semaines : œil droit trouble, rouge, photophobe.

Examen : cornée trouble fortement vascularisée à sa périphérie; fond d'œil invisible.

Traitement par l'iode.

B. W. négatif.

Quelques mois après : cornée éclaircie; hypopion; nombreuses synéchies postérieures. Une couche très ténue de tissu obstrue la pupille. On voit dans la profondeur une lueur jaune sale. Les détails du fond d'œil ne sont pas reconnaissables.

Hypotension légère.

On ne peut pas éliminer le diagnostic de gliome.

On procède à l'énucléation.

Examen microscopique : le soupçon de diagnostic de tumeur ne s'est pas confirmé. Par contre, tout l'intérieur du globe était profondément modifié par une inflammation très étendue qui avait détruit totalement la rétine. Un tissu de granulation s'est puissamment développé à la fin de ce processus inflammatoire.

OBSERVATION résumée de THOMSEN.

(*Acta Ophthalmologica*, 1924-25).

Cas où tous les symptômes cliniques permettaient de penser à la présence d'une tumeur chez un enfant de 2 ans 1/2.

Or l'examen anatomique de l'œil énucléé montra qu'il s'agissait d'une rétinite exsudative de Coats.

OBSERVATION résumée de PESME.

(*Presse médicale* 1932).

Enfant de 4 ans dont l'œil gauche a été énucléé pour bu-phalmie compliquée de phénomènes glaucomateux douloureux.

Découverte à l'examen anatomique, en plus des lésions de malformation congénitale qui ont entraîné le glaucome infantil, d'un décollement total de la rétine avec exsudat hémorragique, sous-rétinien. La rétine elle-même est profondément modifiée par des lésions hémorragiques et inflammatoires qui ont abouti à la formation d'un tissu cicatriciel avec, par places, gliose rétinienne intense.

C. CORPS ETRANGERS

RÉMY, 1893, a observé le cas suivant :

Enfant de 4-5 ans.

Œil enflammé, rouge, large chémosis, hypopion assez prononcé; cornée simple et transparente; iris très dilatée, milieux transparents. Grâce à la dilatation pupillaire on percevait une masse gris jaunâtre au fond de l'œil.

Sous l'influence d'un traitement antiseptique, ces phénomènes bizarres subirent une amélioration « surprenante ».

Après quelques jours, toute trace de pus avait disparu. Le corps vitré redevenu limpide laissait apercevoir une masse blanc jaunâtre, mais cependant un peu plus rouge que n'est ordinairement un gliome.

Craignant une nouvelle iridochoroidite purulente il fit l'écluération : « *Le prétendu gliome n'était pas autre chose qu'une masse de tissu néoconjonctif autour d'un petit fragment effilé de bois que la nature avait en quelque sorte enkysté.* ».

IV. — ANOMALIES CONGENITALES

Comme le dit VASSAUX : « L'embryologie nous offre de nombreux exemples d'organes dont la vie n'est que transitoire et qui doivent disparaître sitôt que leur fonction est accomplie, soit pendant la période fœtale, soit après la naissance ».

Lorsque ces organes persistent il en résulte des troubles. Il en est ainsi dans le cas de la persistance de la capsule cristallinienne avec son développement vasculaire et la persistance de l'artère hyaloïde avec des reliquats d'hémorragie.

On voit derrière le cristallin une masse ou une fausse membrane d'étendue variable, d'aspect blanc grisâtre qui peut simuler à s'y méprendre un véritable gliome. Aussi aura-t-on soin de ne pas se décider à l'intervention avant d'avoir fait tous les examens de contrôle : lampe à fente, éclairage de contact, etc...

Néanmoins le diagnostic clinique est très difficile et on trouve un assez grand nombre d'erreurs de diagnostic. En voici quelques cas.

VASSAUX (1883).

Ed. F..., âgé de 54 jours, normalement développé.

Le père s'est aperçu dès les premiers jours de la nais-

sance que l'enfant ne semblait pas voir de l'œil gauche et que la pupille de cet œil présentait à certains moments un reflet blanchâtre. Cette teinte s'accroissait de plus en plus. L'enfant n'accusait aucune douleur.

Examen O. G. :

conjonctive légèrement rouge, cornée transparente; pupille légèrement dilatée réagissant peu et lentement à la lumière; pas de changement de coloration de l'iris; chambre antérieure rétrécie. Tension augmentée. L'iris adhère à la cristalloïde dans presque toute l'étendue du bord pupillaire, quelques synéchies antérieures.

A l'ophtalmoscope on reconnaît que le reflet brillant est dû à une tumeur non mobile, ratatinée, qui se projette en avant dans le corps vitré et coiffe toute la partie postérieure du cristallin. On distingue sur sa surface de nombreux vaisseaux arborescents de calibre variable et disposés irrégulièrement; en aucun point on ne peut voir le fond d'œil normal. La majeure partie du cristallin est transparente sauf quelques stries qu'on peut localiser dans les couches postérieures du cristallin.

Le diagnostic alors posé est : tumeur intra-oculaire, probablement gliome de la rétine.

Enucléation.

Examen macroscopique :

ni ectasie, ni perforation de la coque oculaire; humeur vitrée un peu moins ferme que normalement, transparente; cristallin cataracté d'un blanc laiteux; segment postérieur ne présente rien de particulier; pas de décollement de la rétine.

Examen microscopique :

on voit partir du pôle postérieur du cristallin un mince filament blanchâtre qu'on retrouve dans le segment postérieur de l'œil et qu'on peut suivre jusqu'à la papille; ce filament sinueux est adhérent tant à la cristalloïde et à la papille qu'au corps vitré qui l'entoure.

L. HOWE (1883).

L'auteur trouva che un enfant de quatre ans, un œil présentant tous les caractères d'un gliome de la rétine. Cornée claire, chambre antérieure très étroite, dilatation moyenne de la pupille, reflet jaunâtre au fond de l'œil.

Tension : + I.

Cécité absolue.

Plusieurs membres de la famille avaient succombé à des affections cancéreuses.

A l'autopsie du bulbe, on ne trouve pas de tumeur, mais une atrophie, un ratatinement de tout le corps vitré, affectant la forme d'un cône dont la base se trouvait appliquée sur la face postérieure du cristallin et dont le sommet s'étendait jusqu'à la papille optique. A l'intérieur de ce cône existait une substance semi-purulente jaunâtre constituée par des cellules de pus, des cristaux de cholestérine et des cellules graisseuses.

TREACHER COLLINS (1892).

Enfant de 9 mois qui depuis sa troisième semaine présentait dans l'œil gauche un reflet gris semblant partir d'une masse molle située immédiatement derrière le cristallin; à sa surface il y avait une hémorragie très étendue.

L'examen anatomique montra qu'il n'y avait pas de tumeur. Les symptômes constatés étaient dûs à la présence au pôle postérieur du cristallin d'une grande plaque conjonctivale sans vaisseaux; dans les couches postérieures du cristallin, il y avait du sang collecté.

Il s'agissait d'après TREACHER COLLINS d'une capsule cristallinienne embryonnaire épaissie et vascularisée.

DE VRIES.

(*Ann. d'ocul.*, 1903).

Affection congénitale chez un enfant de 10 mois. Les dé-

viations principales consistent dans un colobome de l'iris, dans l'existence de tissu conjonctif et dans des brides se rendant vers la partie postérieure du cristallin et dans la persistance d'une artère hyaloïde avec fourreau de tissu conjonctif et formation d'une rosette épithéliale sur la rétine.

Vossius.

(*Soc. d'opht. de Heidelberg, 1912*).

Enfant de 6 mois. A l'âge de 3 mois : convulsions, raideur de la nuque et parésie transitoire des extrémités. Quatre ou cinq jours après les parents ont remarqué un reflet brillant dans l'œil droit.

Examen O. D. :

cécité, pas de signe d'inflammation, cornée claire; pupille ronde et inerte à cause de synéchies; derrière le cristallin, une masse jaune, à surface « veloutée » concave devant, avec un vaisseau à la surface.

Diagnostic incertain. Enucléation.

Examen anatomique :

masse blanche, occupant la moitié antérieure du segment postérieur; un mince prolongement va de la masse vers la pupille. Toute la portion pupillaire de l'iris est adhérente à la face postérieure de la cornée. Cristallin : face postérieure et capsule intactes; aucune trace du vitré. Derrière le cristallin, couche mince et homogène d'un tissu contenant quelques pigments et de nombreux capillaires.

L'auteur considère ce cas comme « *une microphthalmie congénitale avec anomalies iriennes et pupillaires congénitales* ».

Hosford.

(*Trans of the opht Soc. Of the U. K., 1912*).

Publie un cas d'arrêt de développement du corps vitré

dont le centre était occupé par une masse régulière d'apparence solide qui donnait à l'œil une apparence gliomateuse.

SANDFORD, GIFFORD et LATTA.

(*Am. J. of. Opht.*, 1923).

Enfant de 3 mois présentant depuis sa naissance un reflet jaunâtre de la pupille de l'œil droit.

Examen :

œil droit plus petit qu'œil gauche.

Fond d'œil :

O. D. : on voit derrière le cristallin une masse de tissu fibreux et des vaisseaux irréguliers.

O. G. : normal.

On pense à gliome de l'œil droit.

Au bout de quelque temps, la chambre antérieure ayant diminuée de profondeur, on pratique l'énucléation.

Examen histologique : cristallin recouvert à sa face profonde d'une masse épaisse et blanchâtre de tissu conjonctif. Il s'agissait d'un reliquat de l'artère hyaloïde et de la tunique vasculaire du cristallin.

REBMANN.

(*Von Graefe's Arch. für opht*, 1927).

Cas où on pense à un gliome.

Enucléation.

Examen anatomique : tissu fibreux avec un vaisseau derrière le cristallin; petit décollement de la rétine; kyste de l'hépitélium pigmentaire.

HEINE.

(*Zeitch. für Aug.*, 1926).

Fillette de 6 mois. Pas d'infection ni chez l'enfant ni chez

la mère. Derrière la pupille, aspect de tumeur. On pense à gliome.

Enucléation.

Examen histologique : microphthalmus; pas de modification de la rétine sauf sur un petit décollement derrière le cristallin, on voit du tissu fibreux avec l'artère hyaloïde contenant du sang. Ce tissu fibreux serait d'après l'auteur une hémorragie organisée.

LLOYD.

(*Am. J. of. Opht.*, 1931)

Rapporte deux observations dont une personnelle où il existait une membrane vasculaire persistante du cristallin qui simulait un gliome.

LOFFLER.

(*Zeitch. fur Aug.*, 1933).

Enfant de 9 mois.

Examen :

cornée mate; chambre antérieure effacée; iris atrophique, pupille remplie par une masse blanchâtre.

Tension élevée.

Enucléation.

Examen anatomique : en plus des signes de glaucome grave on trouve un colobome typique et un épaissement gliomateux de la rétine dans la région du colobome. La rétine se continue en une masse épaisse qui s'étend de l'équateur à la face postérieure du cristallin qu'elle recouvre. Les signes nets d'inflammation manquent.

L'auteur considère l'ensemble des lésions comme une malformation congénitale.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de pseudo-tumeur ou de pseudo-gliome de la rétine est généralement très difficile à porter.

Le plus souvent ce n'est qu'un diagnostic d'élimination et même il faut bien le dire qu'un diagnostic post-opératoire. C'est la pièce en mains ou bien à la lecture de la coupe histologique que l'on s'aperçoit de cette erreur de diagnostic.

Nous voulons insister sur le fait qu'il vaut mieux enlever un œil aveugle par pseudo-tumeur que de laisser se développer un néoplasme.

Le diagnostic se pose plus souvent chez l'enfant que chez l'adulte.

Chez l'enfant le diagnostic est à faire avec le « *gliome* » ; cette tumeur est surtout fréquente dans le jeune âge survenant surtout entre un et cinq ans, exceptionnellement après douze ans.

Son début est insidieux. Les symptômes subjectifs sont presque réduits à néant.

On voit à travers l'orifice pupillaire un reflet miroitant de nuance variable que réfléchit la tumeur à mesure qu'elle avance dans le corps vitré. C'est cette coloration qui généralement inquiète les parents.

A l'ophtalmoscope, on trouve une masse coton-

neuse blanche, brillante, à contours indécis présentant souvent à sa surface un double réseau vasculaire (vaisseaux rétiniens et vaisseaux néoformés). Sa saillie est variable.

La pupille est moyennement dilatée.

La cécité est le plus souvent complète.

Au bout de quelque temps, malgré l'élasticité de la sclérotique chez l'enfant, par suite de l'augmentation de volume de la tumeur il survient de l'hypertension. Il faut la chercher tout en sachant combien il est difficile de l'apprécier et de la mesurer.

C'est surtout par l'existence ou l'absence d'antécédents et de signes inflammatoires que l'on pensera au pseudogliome.

Il ne faut compter en effet de façon sûre ni sur l'aspect de la masse, ni sur le tonus oculaire. L'argument évolutif n'a de valeur que s'il est rétrospectif. Ce n'est que si le diagnostic de tumeur est peu vraisemblable qu'il faut laisser évoluer l'affection. Quand il y a doute, l'énucléation d'un œil aveugle est plus sage que l'abstention, même si on doit la regretter ensuite.

Chez l'adulte, le diagnostic de pseudo-tumeur est plus facile quoique beaucoup plus rare. En effet, la symptomatologie objective est complétée par les signes fonctionnels et surtout la connaissance des antécédents et de l'évolution.

Le diagnostic se pose théoriquement avec un certain nombre d'affections : décollement rétinien, hémorragies du vitré, lésions infectieuses du globe.

Nous avons vu comment le *décollement ancien de la rétine* peut s'organiser et arriver à simuler une tumeur. La *rétinite proliférante* post-hémorragique et la pseudo-tumeur nous semblent deux façons d'envisager le même processus. Tous les intermédiaires se voient entre la pseudo-tumeur et *les lésions diffuses infectieuses* de la partie postérieure du globe, que leur étiologie soit ou non connue, locale ou générale. Nous ne voulons pas revenir sur ces discussions : la lésion infectieuse localisée rentre par définition dans le cadre des pseudo-tumeurs.

Enfin, il faut se demander, chez l'enfant comme chez l'adulte, s'il s'agit d'un néoplasme ou d'un simple aspect tumoral.

Le diagnostic semble facile pour le *sarcome choroïdien* arrondi, localisé, pigmenté, opaque à la transillumination. Il peut être plus difficile en cas d'*épithélioma intra-oculaire secondaire*, où la tumeur primitive est méconnue, celui-ci étant parfois moins bien localisé que le sarcome, plus pâle de coloration, et transparent à l'éclairage de contact.

Nous devons encore une fois le répéter : le diagnostic du pseudogliome se pose la plupart du temps chez l'enfant. Ce n'est bien souvent qu'à l'examen de la pièce qu'on en fait le diagnostic.

TRAITEMENT

Il est difficile de donner des règles thérapeutiques précises car les difficultés du diagnostic sont extrêmes, et les étiologies multiples.

Si les symptômes de pseudo-gliomes sont nets et si l'on est sûr du diagnostic on laissera l'œil en place. On instituera en cas de pseudo-gliomes infectieux un traitement général anti-infectieux, spécifique ou non selon que l'on connaît ou que l'on ignore la maladie causale.

On surveillera attentivement l'évolution de cet œil et on devra en dépister les moindres complications en se tenant prêt à intervenir si l'infection reprend (panophtalmie), si le globe devient douloureux ou bien si la pseudo-tumeur tend à s'extérioriser.

Si le diagnostic est hésitant entre la pseudo-tumeur et un néoplasme, étant donné la cécité que présentent ces malades dans la plupart des cas, il vaut mieux faire l'ablation du globe que risquer la généralisation d'une tumeur maligne.

L'opération à recommander est l'énucléation classique.

Les diverses éviscérations proposées ont le désavantage d'offrir moins de sécurité et d'empêcher l'examen histologique, seul moyen de certitude du diagnostic.

CONCLUSIONS

1° A côté des tumeurs intra-oculaires, il existe des aspects pseudo-tumoraux : « les pseudo-gliomes de la rétine ».

2° Le pseudogliome se traduit théoriquement par un reflet jaunâtre, une masse saillant dans le vitré, une tension normale ou légèrement abaissée, une bonne transillumination, des phénomènes et des antécédents inflammatoires.

Il évolue vers l'atrophie.

Mais en pratique il existe de grandes variétés; aussi le diagnostic est-il difficile à faire d'avec les tumeurs.

3° L'étiologie en est multiple.

Le plus souvent, le pseudo-gliome est consécutif à une infection d'ordre général ou local; mais bien souvent on n'arrive pas à en déterminer la cause.

4° Chez l'enfant le diagnostic se pose avec le gliome de la rétine traduit par : un reflet blanc, une masse cotonneuse, de l'hypertension, une mauvaise transillumination, sans phénomènes infectieux.

5° Si on est sûr du diagnostic de pseudo-gliome, on surveillera l'évolution. Mais si on a le moindre doute, on pratiquera l'énucléation.

Vu : Le Président de Thèse,
F. TERRIEN.

Vu : Le Doyen,
M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ADDARIO LA FERLA. — Sulla diagnosi differenziale fra glioma pseudoglioma. *Lettura Ophtalmologica*, 1925, p. 103.
- ALCAN. — Atlas du Cancer. *Association française pour l'étude du cancer*. Fascicule, 9 et 10, août 1931.
- ALLIN. — *Transaction American Ophtalmology Society*, 1870, V. 7, p. 70.
- ARRUGA. — Gliome de la rétine. *Medicina de Los Ninos*, Bd 1927, N° 332, p. 233.
- ASCUNCE. — Note sur la nature des cellules du gliome de la rétine. *Annales d'Oculistiques*, 1924, p. 744-760.
- ART. — Remarks on glioma of the retina. *American Journal of Ophtalmology*, Sept. 1904, p. 257.
- AUBINEAU et OFIN. — Gliome de la rétine à forme iridocyclitique. *Arch. d'Opht.*, 1922, p. 240-251.
- AURAND et BUSSY. — Tuberculose choriorétinienne simulant un gliome de la rétine. *Bull. Soc. d'Opht. de Lyon*, 1922-23, p. 61-64.
- BAILLEY et CUSHING. — Classification des tumeurs du groupe des gliomes. *Philadelphia*.
- BALLANTYNE. — The diagnostis of sub rétina tumor. *Brit. Jour. Opht. London*, 1922, T. 6, p. 214.
- BARLETTA. — L'ipertensione del bulbo nella diagnosi differenziale tra glioma et pseudoglioma. *Ann. di Otto. et Clin. Ocul.*, Janv. 1929, p. 66-72.
- BARTLEY. — Glioma. *Journal Indiana M. A.*, June 1929, p. 231.
- O'BECKER. — Néoplasme pour pseudogliome. *Atlas der Pathol. Topog. des Auges*, 1878, Bd 3.
- BENEDICT. — Rétinoblastoma in homologous eyes of identical twins. *Trans. Amer. Opht. Soc.*, 1929, p. 173-176.
- BERNATZ. — Intraocular tumor. *Amer. Journ. of Opht.*, 1922. V. 5, p. 293.

- BERRISFOR». — Statistical notes on glioma rétinae with a report of 41 cases. *Royal London Ophthalmology Hosp. Reports*, V. 20, Mars 1916.
- BREWSTON. — Pseudogliome. *Trans. Opht. Soc.*, V. 20, p. 128.
- CALDERARE. — Contributo allo studio dei gliomi incipiente della retina. *La Clinica Oculistica*, 1910.
- CARLO (Edmond). — Pronostic des gliomes de la rétine. *Thèse de Paris*, 1909.
- CLARKE. — Pseudogliome in both eyes. *Trans. Opht. Soc. U. K.* 1898, V. p. 136.
- COHEN. — Unrecognized retinoblast. and pseudoretinoblast. cases. *Trans. Séct. Opht. A. M. A.*, 1930, p. 226.
- COLLINS (Treacher). — *Royal London Opht. Hosp. Reports*, 1892, V. 8, p. 361.
- CONSIGLIO. — Pseudogliome de la rétine. *Giorn. Intern. della Scienze Mediche*, 1904, T. 26, p. 490.
- CURTIL. — Pseudogliome de la rétine. *Thèse de Lyon*, 1910.
- DARIER. — Néof ormation rétienne avec aspect ophtalmoscopique d'interprétation difficile. *Clinique Ophtalmologique*, Paris, 1911, p. 251.
- DEJEAN. — Le vrai gliome de la rétine. *Arch. d'Opht.*, 1934, p. 257.
- DEJEAN et BROUSSY. — Neuroépithélium de la rétine (faux gliome) bilatéral et héréditaire. Participation histologique. *Société des Sciences Médicales et Biologiques de Montpellier*, 1935, p. 33.
- EHRENFEST. — *Birth Injuries in Child*, 1922.
- EVERSHEIN. — Contribution à la connaissance du pseudogliome. *Von Graefe's Arch. fur Opht.*, V. 70, fasc. 12, Mars 1909, p. 111-122.
- FEJER. — Diagnostic gliome et chorioretinite. *Szemeszet*, 1902, p. 76.
- Diagnostic différentiel entre gliome et pseudogliome. *Arch. of Opht.*, V. 22, N° 2, p. 164.
- Beitrag zum Studimu der differenzial Diagnose zwischen dem Gliom und Pseudoglim der Retin. *Archives fur Aug.*, 1902, p. 144, V. 46.

- FERNANDEZ. — Despredimento congenito de la retina. *Revista Cubana de Ophtalmologica*, 1920, V. 7, p. 30-34.
- FERRARI. — Gliome et pseudogliome de la rétine. *Soc. Med. Chir. Bellune*, 1^{er} juillet 1925.
- GABRIELIDÈS (A). — Cytodiagnostic du gliome de la rétine. *Ann. d'Ocul.*, T. 167, Avril 1930, p. 265-285.
- GALEZOWSKY et GRANDMONT. — Décollement pour gliome. LAGRANGE. *Tumeurs de l'œil*, Paris, 1893, p. 194.
- GENET. — Panophtalmie métastatique. *Lyon Médical*, 1931, p. 63.
- GENET et ARNAL. — Gomme probable de la choroïde, syphilis récente. *Bul. Soc. d'Opht. de Lyon*, 1922, p. 23.
- GIFFORDS, SADFORD, LATTA. — Pseudogliome and remains of the tunica vasculosa lentis. *Amer. Journ. Opht.*, 1927, N° 7, 1923, p. 565.
- GORECKI. — Gliome pour décollement. *Soc. Opht. de Paris*, 1889.
- GORSSE, CALMETTE et BERGÈS. — Pseudogliome rétinien. *Toulouse Med.*, N° 18, 15 sept. 1936, p. 598.
- GOURDFEIN-WELT (Mme). — Nouvelle étiologie du pseudogliome. *Rev. Gén. d'Opht.*, 1923, p. 49.
- GOULDING. — Case of pseudoglioma. *Trans Opht. Soc. U. K.* 1927, p. 453.
- GREEFF. — Uber pseudoglion.a der retina. *Berlin. Klin. Wochenschrift*, 1897, N° 34.
- GROEMAN. — Décollement de la rétine pour gliome. *Arch. de Graefe*, 1887, T. 2, p. 47.
- HAMMA. — Contribution à l'étude des pseudogliomes. *Arch. für Aug.*, V. 67, p. 183, 1910
- HANSSEN. — Drei Falle von Pseudotumor des Auges, mit beitragen zeltener befunde Myopischer, *Klin. Monats. für Aug. Stutt.*, 1920, T. 15, p. 703-718.
- HEAT. — Some ocular tumors and their lessons. *Journ. Ind. Sect. Med.*, 1915, p. 239.
- HEINE. — Pseudogliome congénital. *Zeit. für Aug.*, T. 56, p. 155, 1925.
- Persistance de l'artère hyaloïde. *Zeit. für Aug.*, T. 58, p. 194, 1926.

- VON HIPPEL. — Angiomatose de la rétine et rétinite exsudative de Coats. Pseudogliome par tuberculose. *Von Graefe's Arch. für Opht.*, T. 127, sept. 1931, p. 27.
- HOSFORD. — Vitré mal développé simulant gliome. *Trans. of the Amer. Opht. Soc.*, 1883.
- HOWE. — Gliome pour ratatinement du vitré. *Trans. of the Amer. Opht. Soc.*, 1883.
- ISLER. — Tuberculose de la choroïde pour gliome. *Thèse de Bâle*, 1889.
- Iridochoroidite avec décollement pour gliome. *Annales d'Ocul.*, 1899, T. 122, p. 456.
- JACOBS. — *Journ. A. M. A.*, 1924, T. 83, p. 1641.
- JACOBY (J.). — Bases anatomiques du pseudogliome. *Zeit für Aug.*, N° 1 et 2, T. 50, Mars-Avril 1923, p. 95.
- JACQUEAU. — Hyalite plastique. *Lyon Med.*, 1931, p. 65.
- Tuberculose de l'œil. *Soc. Opht. de Lyon*, 1922, in ROLLET et COLRAT : *Tuberculose de l'œil*, Paris, 1927, p. 110.
- Gliome pour tuberculose intraoculaire. *Annales d'Ocul.*, 1923, p. 148.
- JACQUEAU et LEMOINE. — Pseudogliome tuberculeux. *Soc. d'Opht. de Lyon. Archives d'Opht.*, 1923, p. 56.
- JEANDELIZE. — Gliome de la rétine ou pseudogliome ? *Revue Méd. de l'Est, Nancy*, 1924, T. 52, p. 275-278.
- JEANDELIZE et BAUDET. — A propos du diagnostic clinique du gliome rétinien. *Bul. Soc. d'Opht. de Paris*, 1925, p. 585.
- JESSOP. — Pseudogliome de l'œil droit. *Opht. Rec.*, 1903, p. 342.
- Gliome de la rétine simulant un hypopion. *Opht. rec.*, 1903, p. 15.
- JUNG. — Beitrage zur differenziel Diagnosi der tuberculosen und gliomatosen Erkrankungen des Auges. *Von Graefe's Arch.*, T. 37, p. 125.
- Tuberculose de l'œil pour gliome. *Annales d'Ocul.*, 1892, T. 290, p. 107.
- KIEHLE. — Séquelles de méningite pour gliomes. *Amer. Journ. of Opht.*, 1926, p. 671.
- KNAPP. — Tuberculose de la rétine. *Académie de Méd. de New-York*, Déc. 1901. *Ann. d'Ocul.*, 1902, T. 127, p. 395.

- KQEBER. — Ueber Glioma und Pseudoglioma Retina. *Zeit. für Aug.*, 1912, p. 248.
- KOLEN. — Contribution à l'étude du pseudogliome. *Roussky Ophtalmologicchewski Journal*, T. 6, 1925, in *Revue Générale d'Opht.*, 1926, p. 21.
- KOMOTE. — Diff. diag. of glioma and pseudoglioma. *Nippon Gank. Zashi*, June 1914.
- KRAUSS. — Pseudogliome infantile avec examen anatomopathologique. *Ophtalmology*, T. 9, Avril 1913, p. 358.
 — The *Ophtalmic Record*, Juillet 1912, T. 7, p. 786.
- LACHMANN. — Bilateral hemorrhagical, detachment of retina in new born simulating glioma, *Amer. Journ. of Opht.*, Mars 1927, p. 164.
- LAGRANGE (F.). — Etude sur les tumeurs de l'œil. *Arch. Opht.*, 1892.
 — Ophtalmies métastatiques d'origines non microbienne. *Soc. Franç. Opht.*, 1896, p. 370.
- LAWFORD et COLLINS. — Statistiques. *Roy. Lond. Opht. Hosp. Rep.*, 1895, T. 13, p. 12.
- LEBER. — *Saem. Handb. der Augenheilkunde*, V. 7, T. 2, p. 1453.
- LENDERS. — Iridochoroïdite tuberculeuse pour gliome. In AUBINEAU et OPIN : *Arch. Opht.*, 1922, p. 248.
- LHORGA. — Rétinite exsudative de Coats. *Arch. Opht. Hispano-Américaines*, 1932.
- LLOYDS. — Pseudoglioma with special reference to type associated with remains of tunica vasculosa lentif. *Amer jour. Opht.*, 1931, p. 27.
- MANKSCH. — Du diagnostic différentiel entre le gliome et la tuberculose. *Zeit. für Aug.*, 1924, p. 49./
- MARSHAL. — Statistique., *Roy. Lond. Opht. Hosp. Re.*, 1897, T. 14, p. 456.
- MAWAS. — Statistique. *Soc. Franç. d'Opht.*, 1924, p. 515.
- MAWAS et WEIL. — Gomme syphilitique ou gliome probable. *Soc. d'Opht. de Paris*, 1924, p. 144.
- MARSHAL. — Statistique., *Roy. Lond. Opht. Hosp. Rep.*, 1897.
 nus and hypertrophy of the ciliary bowy. *O. S. of the U. K. Rev.* 1908, and *Trans. Opht. Soc. U. K* 1908, T. 28, p. 107.
 — *Trans Opht. Soc. U. K.*, 1905, T. 35, p. 118.

- MEISNER. — Zur differenziale Diagnosi zwischen Glioma Retina und Tuberculose. *Klin. Monats. fur Aug.*, 1921, T. 67, p. 388.
- METZGER. — *Deutsch Med. Woch.*, 1935, T. 51, p. 1446.
- MOHR. — Gliome simulant la tuberculose de l'iris. *Zeit. fur Aug.*, 1931, T. 170, p. 35.
- MONTALLI. — Deux cas de pseudogliomes. *Ann. di Ott et Clin. Oculaire*, Mars-Avril 1927, T. 55, p. 274.
- MORAX. — *Cancer de l'appareil visuel*, Paris, 1926.
- NETTLESHIP. — Cas d'hémorragie intra-oculaire simulant un gliome. *Von Graefe's Arch. fur Opht.*, 1912, p. 275.
- Néoplasme pour Pseudogliome. *Opht. Hosp. Rep.*, T. 8, 1872, p. 143.
- NOYÈS. — Gliome pour décollement. *Amer. Opht. Soc.*, 1887.
- OTSUKA. — Diagnostic entre gliome et tuberculose de l'iris. *Nippon Gank. Zasshi. Revue générale d'Opht.*, 1925, p. 35.
- OWEN. — Statistique. *Roy. Lond. Opht. Hosp. Rep.*, 1905, T. 16, p. 323.
- PADERSTIN. — Preparate von Gliomen und Pseudogliomen. *Berliner Opht. Ges.*, Juin 1910.
- PAGANELLI. — Pseudogliome in child of 5 weeks. *Journ. Opht. Ott et Lar.*, 1928, p. 218.
- PANAS et ROCHON-DUVIGNEAUD. — Gliome pour iridocyclite tuberculeuse. *Glaucome et Néoplasie oculaire*, Paris 1898.
- PARSONS. — *Pathologie of the Eye*, 1904.
- PAUFIQUE. — Tumeurs du nerf optique. Gliome et chitoneurome. *Thèse Lyon*, 1928-29.
- PERCIVAL. — Cas de pseudogliome. *Trans. Opht. Soc. U. K.*, T. 46, 1927, p. 40.
- PESME. — Un cas de buphtalmie avec pseudogliome de la rétine. *Presse Méd.*, N° 71, 3-9-32.
- Deux cas de décollement de la rétine chez le nouveau-né. *Bull. Soc. Franç. d'Opht.*, 1930, p. 301.
- POLLOCK. — Case of pseudoglioma due to persistence and. *Trans. of the Soc. U. K.*, 1925.
- PONCET. — Gliomes pour iridochoréïdite avec décollement : 6 cas. *Arch. d'Opht.*, 1882, p. 211.

- RAAB. — *Von Graefe's Arch.*, T. 83, p. 1641.
- REBMANN. — Ein Fall von Pseudogliom Microphthalmus. *Von Graefe's Arch. fur Opht.*, 1927, T. 118, p. 365.
- REDSLOB. — Hyperplasie neuroépithéliale dans un décollement de la rétine. *Ann. d'Ocul.*, T. 167, 1930.
- REDSLOB et BILGER. — Sur les difficultés du diagnostic des tumeurs rétiniennes. *Bul. Soc. d'Opht. de Paris*, 1929, p. 391.
- Tumeur rétinienne pour endophtalmie infectieuse post-opératoire. *Bul. Soc. Opht. de Paris*, 1929, p. 391.
- REDSLOB et MEYER. — Le diagnostic du gliome de la rétine. *Bul. Soc. Opht. de Paris*, 1908, N° 9 bis, p. 648-653.
- RÉMY. — Gliome pour pseudogliome. *Rec. d'Opht.*, 1893, p. 705.
- RING. — Probable intraocular growth. *Amer. Jour. of Opht.*, 1918, T. 2, p. 205.
- ROBIN. — *Moniteur des Hôpitaux*, 1896.
- ROCHON-DUVIGNEAUD. — *Gazette des Hôpitaux*, 1896. *Soc. Opht. Paris*, 1906, *Clinique d'Opht.*, 1906.
- ROCKLIFFE. — *Trans. Opht. Soc. U. K.*, 1898, T. 18, p. 139.
- ROLLET et AURAND. — Gliome simulant tuberculose de l'iris. *Soc. Opht. de Lyon*, 1907.
- ROLLET et COLRAT. — Chorioretinite plastique inflammatoire à forme de pseudogliome. *Bul. Soc. d'Opht. de Lyon*, 1922-23, p. 33.
- *Tuberculose de l'œil, Paris*, 1927, p. 103.
- ROOSC. — Gliosarcome pour pseudogliome. *Rec. d'Opht.*, 1926, p. 233.
- ROUILLIER. — Décollement de la rétine chez l'enfant. *Thèse de Bordeaux*, 1909.
- RUMSCHWITSCH. — Gliome pour pseudogliome. *Klin. Monats fur Aug.*, 1892.
- SAGAMMA. — Ein Fall von Pseudogliom. *Klin. Monats. fur Aug.* T. 15, 1912, p. 565.
- SAUVINEAU. — Diagnostic clinique : iridocyclite, diagnostic microscopique gliome. *Ann. d'Ocul.*, 1909, T. 141, p. 193 et T. 142, p. 128-130.
- SCHEERER. — Gliome and Artere Hyaloïde persistante. *Klin.*

- Monats für Aug.*, Mars 1932, p. 289.
- SCHICK. — Chorôidite exsudative. *Soc. d'Ophth. de Heidelberg Clin. Opht.*, 1900.
- SCHIES-GEMUSENS. — Gliome pour décollement. *Arch. of Opht.*, T. 34, p. 247.
- SCHOEBLE. — Iridocyclite plastique pour gliome. *Ann. d'Ocul.*, 1891, T. 116, p. 318.
- SCHWEINITZ et SHUMWAY. — Pseudogliome chez enfant de 2 ans. *Amer. Journ. of Med. Science*, (Déc. 1901).
- SETTLER. — *Bosartigen Geschwulste des Auges*, 1926.
- SHUMWAY. — Pseudogliome. *Sect. on Opht., College of Physic of Philadelphia*, 1908, p. 313.
- SICHEL. — Tumeur encéphaloïde de la rétine. *Iconographie Opht.*, Paris, 1853, p. 565.
- SIEGRIST. — Diagnostic entre gliome et inflammation intra-oculaire pour un gliome. *Soc. d'Ophth. d'Heidelberg*, 1914.
- SIJKENS. — Iritis tuberculeux pour gliome. *Klin. Monats. für Aug.*, T. 69, 1922, p. 27.
- SPÉVILLE (DE). — Pseudogliome de la rétine chez un enfant de 6 mois. *Soc. d'Ophth. de Paris*, Séance de Mars 1906.
- Gliome pour inflammation intraoculaire avec persistance de l'artère hyaloïde. *Clin. Opht.*, 1906, p. 83.
- STANKA. — Epanchement sanguin sous-rétinien dans un cas de décollement de la rétine simulant un néo. *Klin. Monats für Aug.*, T. 70, 1923, p. 707.
- STEPHENSON, SYDNEY. — A fallacy in diagnosis of retinal glioma. *Roy. Soc. Med. Opht. Sect. Arch. of Opht.*, 1915, T 45, p. 102.
- Rétinite exsudative simulant un gliome. *Ophthalmoscope*, T. 14, 1916, p. 14.
- STOEWER. — Intrabulbar pseudotumor in children. *Arch. of Opht.*, 1907, T. 36, p. 824.
- TABAK (R.), KOSMAN. — Considérations sur le gliome bilatéral et le gliome héréditaire de la rétine. *Thèse Paris*, 1934.
- TERRIEN. — *Précis d'Ophthalmologie*, Paris, 1924.
- *Chirurgie de l'œil et de ses annexes*, Paris, 1927.
- Gliomes et pseudogliomes de la rétine. *Journal des Praticiens*, 20 avril 1929.

- *Progrès Méd.*, 1934, p. 465.
- *Gazz. d'Osped.*, T. 50, 2 juin 1929, p. 716-718.
- TERSON. — Pseudogliome. *Bul. Soc. Franç. d'Opht.*, 1896, p. 385.
- THIEME. — Uberglioma der Retina. *Von Graefe's Arch.*, T. 39, 1893, p. 175.
- THOMSON. — A case of exophtalmus caused by inflammation. *Acta Oftalmologica*, 1923-24, p. 248-264.
- On pseudoglioma. *Acta Oftalmologica*, 1924-25, p. 218-224, T. 2.
- VASSAUX. — Gliome pour anomalie de la persistance de l'artère hyaloïde. *Arch. d'Opht.*, 1885, T. 3, p. 502.
- VELHAGEN. — Développement du tissu fibreux derrière le cristallin. *Klin. Monats. fur Aug.*, 1912, p. 580.
- VETSCH. — Gliome pour hyalite et iridochoïdite. *Arch. fur Aug.*, T. 9, 1882, p. 413.
- VOSSIUS. — Pseudogliome. *Soc. d'Opht. de Heidelberg*, 1912.
- VRIES (DE). — Anomalie congénitale. *Ann. d'Ocul.*, 1903, T. 129, p. 275.
- Gliome pour restes de l'artère hyaloïde, brides et désordres congénitaux. *Arch. d'Opht.*, 1904, p. 59.
- WINTERSTEINER. — Pseudogliome de la rétine. *Opht. Ges. Wien*, 16 mars, 1908.
- ZEEMAN. — Pseudogliome ou gliome ? *Nederl. Tijdsch Vgesn.*, T. 75, avril 1931, p. 2154-61.
- ZENTMAYER. — A case of simulating glioma of the retina. *Opht. Record*, 1909, p. 207.
- ZORAB. — Gliome pour rétinite exsudative. In STEPHENSON « *Ophtalmoscope* », 1914-16.